

≡ **BICEVIDA**

El poder de la tranquilidad



≡ **Salud Asegurada**

Ficha de Producto



# Salud Asegurada

---

## ÍNDICE

Código condiciones generales: POL320131516	pág. 3
Coberturas	pág. 3
Monto máximo de reembolso	pág. 5
Requisitos de asegurabilidad	pág. 5
Deducibles	pág. 6
Primas anuales con IVA	pág. 6
Beneficios adicionales: Tarjeta Salud Asegurada	pág. 7
Término de la póliza	pág. 9
Rehabilitación	pág. 10
Información del contrato del seguro	pág. 10
Exclusiones	pág. 10
Definiciones	pág. 13



# Salud Asegurada

Es un producto que reembolsa gastos médicos incurridos por el asegurado debido a una enfermedad o un accidente.

## **Código condiciones generales: POL320131516**

**Contratante:** Persona natural que suscribe el contrato de seguro y asume las responsabilidades que se deriven de su condición como tal, por ejemplo pagar en forma oportuna y en forma recurrente la prima pactada.

**Asegurado dependiente:** Tendrán dicha calidad el o la conviviente del asegurado titular, siempre y cuando él o la conviviente, al inicio de la cobertura en su favor no hayan cumplido los 65 años de edad.

Asimismo, podrán tener la calidad de asegurados dependientes los hijos del o la cónyuge o del o la conviviente del asegurado titular, como también los hijos que tengan en común con el asegurado titular de la póliza, siempre y cuando los hijos, al inicio de cobertura en su favor, no hayan cumplido los 24 años de edad.

## **Coberturas:**

La compañía reembolsará gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado durante los 60 meses siguientes a la fecha de ocurrencia del evento y que sean originados por éste.

La compañía reembolsará gastos médicos razonables y acostumbrados que se indican en este ítem, originados a causa de un evento, en que el asegurado haya efectivamente incurrido durante el período en que se encuentre amparado por este contrato de seguro, siempre que:

- El evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro.
- Se haya incurrido en los gastos dentro del período de duración de reembolso.
- El monto de gastos supere el deducible.
- Que la suma de los reembolsos asociados a un mismo evento no haya superado el monto máximo de gastos reembolsables.

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados, efectivamente incurridos por el asegurado, posterior de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el seguro obligatorio de accidentes personales establecido en la Ley N° 18.490, las cajas de compensación de asignación familiar, otros seguros de salud contratados en favor del asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, no cubriendo aquella parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos sistemas, seguros, instituciones o entidades.

Una vez alcanzado el monto máximo de gastos reembolsables o vencido el período de duración de reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el asegurado en relación con el evento cubierto.



# Salud Asegurada

El período de duración de reembolso corresponde al plazo de 60 meses contado desde la fecha de ocurrencia de un evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados al asegurado de conformidad a los términos de esta póliza. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo evento, no será reembolsado por la compañía.

Los reembolsos de los gastos médicos razonables y acostumbrados, efectivamente incurridos por el asegurado, serán efectuados por la compañía de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el asegurado; límites y topes diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada tipo o conjunto de gastos, todo lo que se detalla en el siguiente Cuadro de Beneficios:

COBERTURA	GASTOS INCURRIDOS EN CHILE		GASTOS MÉDICOS EN EL EXTRANJERO		TOPE ANUAL (UF)
	PORCENTAJE DE REEMBOLSO ASEGURADOS TIPO A (1)	PORCENTAJE DE REEMBOLSO ASEGURADOS TIPO B (2)	PORCENTAJE DE REEMBOLSO ASEGURADOS TIPO A (1)	PORCENTAJE DE REEMBOLSO ASEGURADOS TIPO B (2)	
<b>GASTOS DE HOSPITALIZACION</b>					
Atención Privada de Enfermería	50%	100%	40%	80%	
Cirugía Dental por Accidente	50%	100%	40%	80%	
Día Cama Hospitalización	50%	100%	40%	80%	
Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	40%	80%	
Honorarios Médicos	50%	100%	40%	80%	
Servicio de Ambulancia Terrestre	50%	100%	40%	80%	UF 5
Servicios Hospitalarios	50%	100%	40%	80%	
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>					
Cirugía Ambulatoria	50%	100%	40%	80%	
Consultas Médicas	50%	100%	40%	80%	
Exámenes de Laboratorio	50%	100%	40%	80%	
Radiografías, Imagenología.	50%	100%	40%	80%	
Ultrasonografía y Medicina Nuclear.	50%	100%	40%	80%	
Radioterapia	50%	100%	40%	80%	
Quimioterapia	50%	100%	40%	80%	
Diálisis	50%	100%	40%	80%	
Medicamentos Ambulatorios	50%	50%	40%	40%	
Drogas Antineoplásicas(3)	50%	50%	40%	40%	
Kinesiología y Fonoaudiología	50%	100%	40%	80%	
Ortesis(4)	50%	100%	40%	80%	UF 20



# Salud Asegurada

- (1) **Asegurados tipo A:** Son aquellos asegurados que:
- a.- No están afiliados a una institución de salud previsional (isapre o Fonasa) ni alguna otra institución que otorgue beneficios de salud.
  - b.- Que no obstante estar afiliados a una institución de salud previsional (isapre o Fonasa) o alguna institución que otorgue beneficios de salud, el gasto médico incurrido, que origina la prestación hospitalaria o ambulatoria denunciada, no cuente con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea.
  - c.- Que están afiliados a Fonasa y que el gasto médico incurrido, que origina la prestación hospitalaria o ambulatoria denunciada, tuvo cobertura y/o reembolso por parte de Fonasa, pero que no se atendieron bajo la modalidad de atención institucional.  
Se entenderá como modalidad de atención institucional a las atenciones de salud entregadas en los establecimientos públicos de salud.
- (2) **Asegurados tipo B:** Son aquellos asegurados que:
- a.- Están afiliados a una isapre y que además hayan recibido, de parte de ella, cobertura o reembolso por el gasto médico incurrido que origina la prestación hospitalaria o ambulatoria denunciada.
  - b.- Están afiliados a **FONASA U OTRA INSTITUCIÓN QUE OTORGUE BENEFICIOS DE SALUD**, que se hayan atendido bajo la modalidad de atención institucional y que además hayan recibido, de parte de dicha institución, cobertura o reembolso por el gasto médico incurrido que origina la prestación hospitalaria o ambulatoria denunciada.  
Se entenderá como modalidad de atención institucional a las atenciones de salud entregadas en los establecimientos públicos de salud.
- (3) Son sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas.
- (4) Ortesis: Es un apoyo u otro dispositivo externo (aparato) aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

## Monto máximo de reembolso:

El monto máximo de reembolso se aplicará por cada asegurado y por cada evento y será el siguiente:

Asegurados menores de 70 años Para eventos ocurridos hasta el día anterior a aquél en que el asegurado cumpla los 70 años de edad	Asegurados mayores de 70 años Para eventos ocurridos a contar del día en que el asegurado cumpla los 70 años de edad
UF 30.000	UF 5.000

Una vez alcanzado el monto máximo de gastos reembolsables o vencido el período de duración de reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el asegurado en relación con el evento cubierto.

## Requisitos de asegurabilidad:

Tipo Asegurado	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Asegurado Titular(*)	18 años	64 años y 364 días	74 años y 364 días
Asegurado Dependiente Cónyuge(*)	18 años	64 años y 364 días	74 años y 364 días
Asegurado Dependiente Hijo	14 días	23 años y 364 días	29 años y 364 días

(\*) Si la edad de ingreso es menor a 60 años de edad, la edad de permanencia se extiende hasta cumplir 110 años de edad.



# Salud Asegurada

## Deducibles:

- Asegurados que no han cumplido los 70 años de edad a la fecha de ocurrencia del evento.

PERIODO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO	MONTO DEDUCIBLE
Evento ocurrido desde el inicio de vigencia individual hasta el último día del mes 12	UF 100
Evento ocurrido desde el inicio del mes 13 hasta el último día del mes 24	UF 80
Evento ocurrido desde el inicio del mes 25 en adelante	UF 50

- Asegurados que han cumplido los 70 años de edad a la fecha de ocurrencia del evento.

PERIODO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO	MONTO DEDUCIBLE
Evento ocurrido en cualquier tiempo durante la vigencia del asegurado en la póliza	UF 100

El monto del deducible será cero para ambos casos, si ocurriera unas de estas enfermedades: **Cáncer, infarto al miocardio, cirugía de bypass aortocoronario, accidente vascular encefálico (AVE) o insuficiencia renal crónica.**

## Primas anuales con IVA:

Tramo de Edad	Titular sólo	Titular + 1 carga	Titular + 2 a 4 cargas	Titular + 5 ó más cargas
18-19	4,5025	6,1105	8,1071	10,1571
20-24	5,1056	7,6585	9,9560	14,5511
25-29	5,6926	8,5387	11,1004	16,2237
30-34	6,3469	9,5204	12,3765	18,0886
35-39	7,0763	10,6147	13,7990	20,1679
40-44	8,0064	12,0096	15,6124	22,8181
45-49	9,2815	13,9223	18,0989	26,4524
50-54	10,7599	16,1399	20,9817	30,6656
55-59	12,4736	18,7104	24,3236	35,5498
60-64	14,4604	21,6906	28,1976	41,2120
65-69	16,7634	25,1452	32,6888	47,7760
70-74	21,3950	32,0924	41,7201	60,9756
(*)75-79	27,3060	40,9590	53,2467	77,8221
80-84	34,8501	52,2752	67,9578	99,3229
85-89	44,4786	66,7178	86,7332	126,7639
90-110	56,7672	85,1508	110,6961	161,7865

Nota:

(1) La prima se ajustara automáticamente al cambio de tramo de edad del asegurado titular en la renovación de la póliza.

**IMPORTANTE:** (\*) La parte de la tabla anterior que comienza con los 75 años de edad aplica exclusivamente para aquellos asegurados que pueden permanecer asegurados hasta los 110 años de edad en consideración a haber iniciado su cobertura antes de haber cumplido los 60 años de edad. No debe entenderse esta tabla como una oferta de aseguramiento hasta los 110 años para aquellos asegurados que ingresaron al seguro con posterioridad a cumplir los 60 años de edad.





# Salud Asegurada

Modalidad de pago de la prima: Descuento automático en su cuenta corriente (PAC) o con cargo a su tarjeta de crédito (PAT).

## **Beneficio adicionales: Tarjeta Salud Asegurada.**

Todos los asegurados contarán con un servicio de asistencia telefónica las 24 horas del día. Para acceder a este servicio los asegurados deberán comunicarse a la central de operaciones de Sur Asistencia S.A., empresa responsable en forma exclusiva de la entrega de estos servicios, llamando al teléfono 800 21 12 00 o desde celulares al teléfono 56-2-2707 45 72.

### ■ **Orientación médica telefónica:**

El asegurado podrá conversar telefónicamente con un médico general con el objeto de aclarar alguna duda o preocupación relacionada con un tema de carácter médico.

Adicionalmente, si el asegurado necesita información sobre localización u otros datos relativos a prestadores médicos (hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, especialidades médicas, etc), un ejecutivo de Sur Asistencia S.A. lo puede orientar respecto a la información solicitada, si ésta se encuentra disponible.

Este servicio es sólo de información y orientación.

### ■ **Segunda opinión médica:**

En caso de que el asegurado presente alguna enfermedad de difícil diagnóstico y/o tratamiento, o bien ante una enfermedad grave (1) ya diagnosticada que requiera una mayor precisión para optimizar el tratamiento u obtener otra opinión médica respecto al diagnóstico o con el objeto de evaluar diferentes o mejores alternativas terapéuticas, podrá solicitar telefónicamente una segunda opinión médica.

Para acceder al servicio, el asegurado deberá completar un formulario de solicitud de segunda opinión médica, junto al consentimiento para acceder a su información médica. Ambos documentos serán enviados por Sur Asistencia S.A. al asegurado mediante correo certificado, email o fax según sea acordado previamente mediante el llamado realizado por el asegurado a la central de operaciones de Sur Asistencia S.A. Los documentos deberán ser devueltos por el asegurado con toda la información requerida a Sur Asistencia S.A. Además, el asegurado deberá enviar los documentos con el primer diagnóstico por escrito y su historia médica.

El plazo máximo para proporcionar al asegurado el informe de segunda opinión médica generado por el especialista apropiado, es de 30 días corridos contados desde la recepción de la totalidad de los antecedentes médicos requeridos por Sur Asistencia S.A. Una vez enviado el informe al asegurado se dará por concluido el servicio de asistencia.

### ■ **Conexión con enfermeras, ambulancias y servicio de taxi a precios preferenciales:**

El asegurado podrá solicitar telefónicamente a un ejecutivo de Sur Asistencia S.A. que le coordine un servicio de enfermeras a domicilio, servicio de taxis y ambulancias programadas en caso de emergencias. Los costos asociados con los servicios nombrados anteriormente es de responsabilidad del asegurado y no existe reembolso.

Luego de hacer la solicitud, el ejecutivo de Sur Asistencia S.A. se comunica con el proveedor del servicio solicitado para consultar por el requerimiento en particular, llamando luego al asegurado para indicar el tiempo de espera y costo de éste. Si el asegurado acepta, el ejecutivo de Sur Asistencia S.A. inmediatamente efectúa la coordinación. El asegurado debe pagar el costo del servicio directamente al proveedor de éste (enfermera, taxi, ambulancia).



# Salud Asegurada

---

## ■ **Compra nocturna de medicamentos:**

El asegurado puede solicitar a un ejecutivo de Sur Asistencia S.A. que le coordine un servicio de localización, compra y entrega de medicamentos a domicilio.

Los requisitos para acceder a esta prestación son:

- El servicio estará disponible sólo para compras entre las 23: 00 PM y las 06:00 AM.
- La compra de medicamentos debe ser superior a \$5.000, siendo el costo de los medicamentos de cargo del asegurado y no existe reembolso.
- No se podrá utilizar este servicio para el caso de medicamentos con receta retenida.

El domicilio del asegurado debe estar dentro de radios urbanos (2)

(1)Enfermedad grave: Son aquellas patologías agudas o crónicas, con riesgo vital, que requieran de un tratamiento específico o exámenes especializados para su diagnóstico fundamentados por el médico tratante y que en el transcurso de su evolución pueda desencadenar en un corto o mediano plazo el fallecimiento. Puede que en algún momento requiera hospitalización para estudio o tratamiento.

(2)Radio urbano: Se define la ciudad como tal y 20 Km. máximo a su alrededor desde sus límites siempre que las rutas de acceso lo permitan (camino transitable por un automóvil).

Sur Asistencia S.A. es una empresa que presta asistencia y servicios en todo el territorio nacional, excluyendo territorios insulares, excepto la Isla Grande de Chiloé.

Indisputabilidad: Después de 2 años de vigencia inicial o desde que se rehabilita la póliza. Cumplido este plazo, la compañía renuncia al derecho de disputar el pago de la indemnización en caso de omisiones siempre que sean de buena fe.





# Salud Asegurada

## Término de la póliza:

El contrato de seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las condiciones particulares de la póliza.

Asimismo, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado dependiente, en las siguientes circunstancias:

- a.-** A las 24:00 horas del día en que algún asegurado dependiente cumpla la edad máxima de permanencia.
- b.-** Por no pago de la prima correspondiente al asegurado dependiente y haya transcurrido el plazo de aviso de 30 días.
- c.-** Fallecimiento del asegurado dependiente.
- d.-** Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

Por último, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de todos los asegurados, titular y dependientes, en las siguientes circunstancias:

- e.-** Fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminará el contrato de seguro para los asegurados dependientes de él.
- f.-** A las 24:00 horas del día en que el asegurado titular cumpla 75 años de edad, oportunidad en la que también terminará el contrato de seguro para los asegurados dependientes de él.
- g.-** Cuando no se efectúe el pago de la prima de la póliza y haya transcurrido el plazo de aviso de 30 días.
- h.-** Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada.
- i.-** Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

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

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

Del mismo modo y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba este contrato de seguro a los dependientes del asegurado titular cuya cobertura individual ha terminado.



# Salud Asegurada

No obstante lo señalado en la letra (e) anterior, en caso que el (la) cónyuge o conviviente se hiciera cargo de las obligaciones del asegurado antes del término de 30 días corridos desde la fecha de fallecimiento del asegurado titular, ejercerá también todos los derechos facultades y opciones que las condiciones generales de la póliza reconoce al asegurado titular, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.

Adicionalmente, y no obstante lo señalado en los requisitos de asegurabilidad, si a la fecha de contratación inicial del seguro el asegurado titular no ha cumplido los 60 años de edad, el contrato de seguro podrá permanecer vigente hasta el día que el asegurado titular cumpla los 110 años de edad.

## Rehabilitación:

Producida la terminación anticipada del contrato de seguro por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período de 60 días corridos desde la fecha de término, sin necesidad de acreditar los requisitos de asegurabilidad exigidos por la compañía. Para tal efecto se deberá pagar dos primas vencidas.

La sola entrega a la compañía de dichos antecedentes no producirá el efecto de rehabilitar el contrato de seguro si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante.

El rechazo de la solicitud no generará ninguna responsabilidad posterior de la compañía.

## Información del contrato de seguro:

Se informa al asegurado que el presente contrato de seguro.

**SI** contempla renovación garantizada.

**SI** podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.

**NO** considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

**NO** cubre preexistencias.

## Exclusiones:

- a) Enfermedades y dolencias preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las condiciones particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.
- b) Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto, aborto y maternidad en general.
- c) Gastos de hospitalización y ambulatorios a consecuencia de maternidad o de embarazo, por la pérdida que resulte del embarazo y por enfermedades a causa del embarazo.
- d) Enfermedad psicológica y/o psiquiátrica.
- e) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.



# Salud Asegurada

---

- f) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean necesarios para el tratamiento a causa de un accidente que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por este contrato de seguro.
- g) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.
- h) Tratamientos por sobrepeso y por obesidad, pero se otorgará cobertura a la cirugía y/o tratamiento por obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) sea mayor o igual a 40 a la fecha de la cirugía o del tratamiento y además cuando la obesidad no sea preexistente.
- i) Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.
- j) Tratamientos médicos causados por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión.
- k) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el asegurado.
- l) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
- m) Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país.
- n) Participación activa del asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.
- o) Conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- p) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha del evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.
- q) Lesiones producidas por encontrarse el asegurado bajo la influencia de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.



# Salud Asegurada

---

- r) Participación del asegurado en actos calificados por la ley como delitos.
- s) Negligencia, imprudencia o culpa grave del asegurado.
- t) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- u) Fusión o fisión nuclear y sus consecuencias.
- v) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, siempre que no estén incluidos dentro de lo definido en cirugía dental por accidente descrita en las condiciones generales.
- w) Tratamientos maxilofaciales, prótesis maxilofaciales y órtesis maxilofaciales, excluidos los que tengan origen a causa de accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre amparado por esta póliza.
- x) Cirugía ocular para la corrección de los vicios de refracción, cualquiera sea su técnica.
- y) Lentes o anteojos ópticos.
- z) Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.
- aa) Cualquier tipo de prótesis y órtesis.
- bb) Los medicamentos, remedios, drogas e insumos provenientes de prestaciones médicas realizadas al asegurado en forma ambulatoria o sin hospitalización.
- cc) Consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios, vacunas, tratamientos o cirugías con fines preventivos.
- dd) Atención particular de enfermería fuera del hospital.
- ee) Gastos de cualquier tipo, incurridos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado.
- ff) Enfermedad o accidente a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubiertos por la legislación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- gg) La realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichas actividades o deportes no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro.



# Salud Asegurada

A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, benji, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación.

Sin perjuicio de lo anterior, la compañía aseguradora cubrirá el riesgo del asegurado como consecuencia directa de la práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en esta letra gg), cuando dichas actividades o deportes hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la compañía aseguradora. En este caso la compañía aseguradora podrá realizar una adecuación a la prima del contrato de seguro. De todo lo anterior se dejará constancia en las condiciones particulares de la póliza.

Además, la compañía cubrirá como riesgo normal, las siguientes actividades y/o deportes, sujeto a lo que se indica en cada caso:

- **Buceo:** se considerará como riesgo normal el buceo recreativo o deportivo (en costas, lagos, ríos) con inmersiones hasta 20 metros de profundidad. Se entiende que el buceo recreativo o deportivo es aquél que restringe su actuación a aguas costeras, lagos o ríos, limitándose a la observación y fotografía de vida submarina, con utilización de snorkel, scuba o escafandra autónoma.
- **Senderismo o trekking:** se considerará como riesgo normal el senderismo, trekking y paseo por la montaña hasta 3.900 metros de altitud. Se incluye en este ámbito la escalada en muros artificiales.

- hh) La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.
- ii) Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- jj) Tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos.
- kk) Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- ll) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias.
- mm) Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

## Definiciones

1. **Contratante:** La persona natural 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 su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.



# Salud Asegurada

**2. Asegurado titular:** El titular de la póliza, individualizado en las condiciones particulares de la póliza. El asegurado titular será el contratante de la póliza a menos que se detalle lo contrario en las condiciones particulares de la póliza.

Asegurado dependiente:

- El cónyuge del asegurado titular y hasta las 24 horas del día que cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.
- Los hijos del asegurado titular, solteros, mayores de catorce (14) días y hasta las 24 horas del día que cumplan los veinticuatro (24) años de edad, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido expresamente aceptados por la compañía y se encuentren individualizados en las condiciones particulares de la póliza.  
Cuando en esta póliza se utilice el término “asegurado”, sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

**3. Evento:** Es la ocurrencia de un accidente o el diagnóstico confirmado de una enfermedad que origina gastos por medicamentos, servicios, prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con el diagnóstico principal de la enfermedad o con el accidente, y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de tal enfermedad o accidente, todo considerando el período de duración de reembolso. El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de su cobertura en la póliza.

**4. Período de duración de reembolso:** Corresponde al plazo de cuarenta y ocho (48) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un evento, durante el cual los gastos médicos originados por el evento, dentro de dicho plazo, serán reembolsados al asegurado de conformidad a los términos de las condiciones generales. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo evento, no será reembolsado por la compañía.

**5. Carencia:** Corresponde al período durante el cual el asegurado paga prima, pero no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta póliza. Durante el período de carencia, el asegurado no tiene derecho a percibir reembolsos por gastos de hospitalización ni por gastos ambulatorios que otorga esta póliza, derivados de un evento ocurrido dentro del período de carencia.

La carencia no se aplicará para los gastos reembolsables causados por un evento consistente en un accidente, ni tampoco en cada renovación del contrato de seguro. La aplicación de la carencia se detalla en las condiciones generales.

**6. Deducible:** Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en unidades de fomento, establecido en las condiciones particulares de la póliza que siempre son de cargo del asegurado. La liquidación de los gastos se explica en las condiciones generales. El deducible se aplicará por cada evento y por cada asegurado.

**7. Monto máximo de gastos reembolsables:** Corresponde a la cantidad máxima, expresada en unidades de fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las condiciones particulares de la póliza, que, habiendo superado el deducible, la compañía reembolsará al asegurado titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, por los gastos reembolsables correspondientes a cada evento y en los términos y condiciones señalados en las condiciones generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las condiciones particulares de la póliza.





# Salud Asegurada

---

**8. Accidente:** Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

**9. Enfermedad:** Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal.

Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.

No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el asegurado.

**10. Enfermedad o dolencia preexistente:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

**11. Gastos ambulatorios:** Se entenderá por prestación realizada en forma ambulatoria o sin hospitalización aquella efectuada al asegurado que implique su permanencia en un hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas, sin pernoctar al menos una noche en un hospital.

**12. Gastos de hospitalización:** Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al asegurado durante una hospitalización prescrita por un médico.

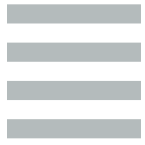




# Salud Asegurada

---

- 13. Gastos médicos razonables y acostumbrados:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los gastos ambulatorios y/o gastos de hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los gastos médicos razonables y acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.
- 14. Gastos reembolsables:** Corresponden al costo efectivo de los gastos ambulatorios y gastos de hospitalización asociados a un mismo evento, que son susceptibles de ser reembolsables en virtud de lo dispuesto en esta póliza por constituir gastos médicos razonables y acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en las condiciones generales.
- 15. Hospital:** Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, domicilios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.
- 16. Lesión:** Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un accidente que afecte al organismo del asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa lesión y requiera tratamiento médico. Para efectos de esta póliza, todas las lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo accidente serán consideradas como parte del mismo evento.
- 17. Medicamento:** Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una lesión o enfermedad. No se considera medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.
- 18. Médico:** Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el código sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.
- 19. Operación quirúrgica:** Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al asegurado por un médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un hospital.
- 20. Cuadro de beneficios:** Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones que otorga la póliza y se entiende forman parte integrante de la misma.



## 21. Enfermedades graves:

- **Cáncer:** Se entiende por cáncer la enfermedad neoplásica que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.
- **Infarto del miocardio:** Se entiende por infarto del miocardio la enfermedad que consiste en la oclusión permanente de un segmento del tronco principal o de cualquiera de las ramas de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, al cual, por falta de dicha nutrición a la zona, se le produce una desvitalización. El diagnóstico de esta enfermedad se fundamenta en los siguientes criterios:
  - a) Un historial de típico dolor de pecho, sintomático e indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
  - b) Cambios en el electrocardiograma, sugerentes de infarto del miocardio.
  - c) Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.
  - d) Coronariografía que muestre una lesión obstructiva y un compromiso de la circulación coronaria.
- **Cirugía de bypass coronario:** Se comprende dentro del concepto de enfermedades graves a la cirugía de bypass coronario, entendida como la cirugía con la apertura quirúrgica del tórax, de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización mediante técnica de bypass coronario, realizada con posterioridad al diagnóstico de un estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria a través de una coronariografía.
- **Accidente vascular encefálico (AVE) con secuelas neurológicas permanentes:** Se entiende por “accidente vascular encefálico (AVE) con secuelas neurológicas permanentes”, cualquier accidente vascular encefálico que no sea causado o provocado por medios externos y que produzca una suspensión brusca de las funciones cerebrales, con pérdida de la conciencia y que dé lugar a secuelas neurológicas de naturaleza permanente.
- **Insuficiencia renal crónica:** Se entiende por insuficiencia renal crónica, la enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de lo cual se hace indispensable la diálisis renal o el trasplante de riñón.