

CLAUSULA GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD, ADICIONAL A: SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES, COD. POL 3 09 118.

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 3 09 123

Esta Cláusula Adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTICULO 1º: COBERTURA

La compañía aseguradora reembolsará al asegurado los gastos médicos o bien pagará las indemnizaciones o rentas en caso de cirugía u hospitalización, según se especifique en las Condiciones Particulares, a causa de una enfermedad de acuerdo a la descripción de las coberturas establecidas en el Artículo 2º de esta Cláusula Adicional. El Contratante deberá optar entre las coberturas contempladas en esta Cláusula Adicional, por aquellas que desee contratar, lo que deberá quedar expresamente registrado en la Condiciones Particulares de la póliza.

Queda expresamente establecido que para efectos de que opere esta Cláusula Adicional, será necesario que la enfermedad que de origen a los gastos médicos, hospitalización o cirugía, según corresponda, haya sido diagnosticada una vez transcurrido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares y durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

ARTICULO 2º: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

A. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD

En virtud de esta cobertura adicional, la compañía aseguradora reembolsará al asegurado los gastos médicos ambulatorios u hospitalarios, según los porcentajes, límites condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, en que éste incurra a causa de una enfermedad cubierta por esta Cláusula Adicional en los términos descritas en el artículo 1º, hasta el monto anual indicado como tope máximo en las Condiciones Particulares.

Será condición necesaria para que opere esta cobertura adicional que la enfermedad que de origen a los gastos médicos haya sido diagnosticada una vez transcurrido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares y durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

El contratante podrá contratar separadamente esta cobertura adicional sólo para gastos médicos ambulatorios o sólo para gastos médicos hospitalarios o bien podrá contratar ambas, lo cual deberá quedar especificado en las Condiciones Particulares, salvo que hubiese contratado la cobertura establecida en la letra B. siguiente, circunstancia en que sólo podrá contratar la presente cobertura para reembolso de gastos médicos ambulatorios.

B. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD

En virtud de esta cobertura adicional, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado en un establecimiento hospitalario a causa de una enfermedad cubierta por esta cláusula adicional en los términos descritos en el artículo 1°, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria según los porcentajes, límites condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Será condición necesaria para que opere esta cobertura adicional que la enfermedad que de origen a la hospitalización haya sido diagnosticada una vez transcurrido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares y durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

C. MONTO DIARIO POR HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD

En virtud de esta cobertura adicional, la compañía aseguradora pagará al asegurado hospitalizado por más de 24 horas continuas en un establecimiento hospitalario, a causa una enfermedad cubierta por esta cláusula adicional en los términos descritos en el artículo 1°, el monto diario que se indica en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado y de acuerdo a lo que más adelante se señala. Esta cobertura adicional se pagará una vez transcurridos el número de días señalados en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la hospitalización y hasta el término de la hospitalización.

Será condición necesaria para que opere esta cobertura adicional que la enfermedad que de origen a la hospitalización haya sido diagnosticada una vez transcurrido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares y durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

D. BENEFICIO DE CIRUGIA POR ENFERMEDAD

En virtud de esta cobertura adicional, la compañía aseguradora pagará al asegurado que incurra en gastos médicos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de una enfermedad cubierta por esta cláusula adicional en los términos descritos en el artículo 1°, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, establecidas en las Condiciones Particulares para cada tipo de operación quirúrgica, en que haya incurrido el asegurado y de acuerdo a lo que más adelante se señala.

Las limitaciones para esta cobertura adicional son las que a continuación se señalan:

1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado.
2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía aseguradora determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía aseguradora, en

cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración. En caso de que el asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la compañía aseguradora para la clasificación de la intervención, la cuestión será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos honorarios serán de cargo exclusivo del asegurado.

3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de una misma enfermedad, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto, de las efectuadas.
4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por una misma enfermedad, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura.
5. El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, está cubierto sólo después de transcurridos 120 días o por un periodo inferior indicado en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la vigencia de esta cláusula adicional o de la vigencia individual cuando corresponda.

El asegurado que además deba utilizar además un servicio de ambulancia terrestre para su traslado, tendrá derecho a percibir el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares para efectos de ambulancia.

E. CONVALECENCIA

El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, la cobertura complementaria de convalecencia para las coberturas adicionales de hospitalización o cirugía, indicadas en las letras B., C. y D. estipulándolo expresamente en las condiciones particulares de la póliza. En consecuencia, no podrá contratarse esta cobertura complementaria sino se ha contratado la alguna de las coberturas de hospitalización o de cirugía, estipuladas en las letras recién indicadas.

En caso que el asegurado haya contratado esta cobertura complementaria, la compañía pagará al asegurado, por concepto de convalecencia, el monto diario indicado en las Condiciones Particulares y por el lapso de días señalado en las mismas condiciones particulares. Para esta cobertura complementaria se entiende que el período de convalecencia se inicia una vez terminada la hospitalización, esto es la cobertura comienza al día siguiente de recibida el alta médica por el asegurado.

Queda expresamente establecido, que en caso de contratarse esta cobertura complementaria, ésta sólo se pagará por una de las coberturas indicadas en las letras señaladas, aun cuando un siniestro involucre más de una de ellas.

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entenderá por:

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

Médico: Persona habilitada y legalmente autorizada para ejercer la medicina humana según el Artículo 112 del Código Sanitario.

Médico especialista: Médico que posee estudios profundizados, experiencia o práctica profesional en una o más ramas de la medicina y, que se encuentra adscrito a un capítulo o sociedad médica de esa especialidad, que permite ser reconocido como tal por sus pares.

Padecimientos congénitos: Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

Establecimiento Hospitalario: 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.

Carencia: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de esta cláusula adicional o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares. Los gastos médicos, cirugías y hospitalizaciones a causa de enfermedades diagnosticadas durante este período no estarán cubiertos por esta cláusula adicional.

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 esta cláusula adicional.

ARTICULO 3º: EXCLUSIONES

No se reembolsarán los gastos médicos o no se pagará el monto asegurado para cada cobertura asociada a esta Cláusula Adicional cuando los gastos médicos provengan o se hayan generado por una enfermedad, que se haya originado, se asocie o sea consecuencia de:

- a) Consultas, exámenes y tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta Cláusula Adicional.

- b) 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, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- c) La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes o tratamientos por enfermedades psiquiátricas, psicológicas o cualquier tipo de enfermedad mental.
- d) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- e) Tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades anteriores a la fecha de vigencia de esta Cláusula Adicional o la vigencia inicial del asegurado en ésta. Tampoco se cubrirán cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías.
- f) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, parto, aborto o la pérdida que resulte del mismo.
- g) Exámenes médicos de rutina. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una enfermedad.
- h) Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- i) Infecciones bacterianas.
- j) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- k) Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos,
- l) 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. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

- m) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
- "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H.
 - Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.
- n) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento o cirugía dental en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial.
- o) Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de la cobertura que contempla esta cláusula adicional. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual 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.

ARTICULO 4º: TERMINACIÓN ANTICIPADA

Esta cobertura adicional terminará en caso término del seguro principal o de la cobertura individual para algún Asegurado.

Asimismo, esta cobertura adicional terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima respectiva, aplicándose al respecto el plazo de gracia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza conforme a lo estipulado en el artículo precedente.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá poner término anticipado a la cobertura adicional cuando el asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de

riesgo asumido por la Compañía, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

Igual derecho tendrá el contratante, pero en este caso la compañía aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos, cuya tabla es parte integrante de este contrato y que se encuentra incorporada en las Condiciones Particulares.

En caso que esta Cláusula Adicional fuese contratada en forma colectiva, la cobertura de ésta terminará además anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad contratante.

En el mismo caso señalado en el párrafo precedente, las coberturas contratadas para un Asegurado en particular permanecerán vigentes hasta el término del período por el cual se haya pagado la prima respectiva.

El término de la cobertura individual no dará lugar a devolución de primas.

ARTICULO 5º: BENEFICIARIOS

El beneficiario de esta Cláusula Adicional será el asegurado individualizado en las Condiciones Particulares. No obstante lo anterior, en caso de fallecer el asegurado antes del pago del siniestro, y en caso que ello corresponda, el monto asegurado será pagado a los herederos legales.

ARTICULO 6º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, edades, ocupaciones, actividades o deportes riesgosos que realicen habitualmente los asegurados, que pudieren influir en la apreciación de los riesgos, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para poner término anticipado a esta Cláusula, rechazar el pago de los beneficios reclamados, y en todos estos casos, retener el valor de la prima pagada, salvo que hubiese transcurrido el plazo de indisputabilidad indicado en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de la Cláusula, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda.

Sin embargo, cuando en una solicitud de beneficios se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, será aplicable lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal.

ARTÍCULO 7º: PAGO DE PRIMA

La prima correspondiente a la cobertura de que da cuenta esta Cláusula Adicional se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario del seguro principal, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura adicional, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la Compañía informará al contratante de la póliza de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el contratante de la póliza a aceptar la modificación o renunciar a esta cobertura adicional, lo cual deberá informar a la Compañía en un plazo de treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el contratante de la póliza así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora correspondiente a esta cobertura adicional.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia en los términos señalados en las Condiciones Generales de la póliza, el cual estará especificado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 8º: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la póliza o la terminación de la cobertura que contempla esta cláusula adicional para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de que trata esta cláusula adicional respecto de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTICULO 9º: EVALUACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA

Ocurrido un siniestro cubierto por esta Cláusula Adicional deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias así como los documentos que acrediten los gastos médicos.

Tratándose de la cobertura de Monto Diario por Hospitalización por Enfermedad, descrita en el Artículo 2º de esta Cláusula Adicional, será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

En caso que el asegurado tuviese beneficios en alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.