

**SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PARA OFERTA POR MEDIO
DE SISTEMAS DE TELEFONIA U OTROS ANALOGOS**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130053

ARTICULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario.

ARTICULO 2º: COBERTURA

La compañía aseguradora pagará al Asegurado en caso de hospitalización por más de veinticuatro (24) horas continuas en un establecimiento hospitalario a causa de accidente o enfermedad, el monto diario que se indica en las Condiciones Particulares. El Asegurado tendrá derecho a la cobertura de este seguro sólo una vez transcurridos el número de días mínimos señalados en las Condiciones Particulares de esta póliza, contados desde el inicio de la hospitalización por accidente o enfermedad. El pago del monto diario se extenderá por el número de días transcurrido desde el término del número de días mínimos hasta el final de la hospitalización que dio origen a esta cobertura. Con todo se deja expresamente establecido que el período de pago total de la renta diaria nunca podrá ser mayor a 365 días menos el número de días mínimos señalado en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 3º: DEFINICIONES

a) Accidente: Para los efectos de este contrato de seguro se entiende por 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, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura 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 en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

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

c) Número de días mínimos: es el número de días señalado en las Condiciones particulares de la Póliza, que deberá permanecer hospitalizado el asegurado antes de empezar a devengar el monto diario por hospitalización a que da lugar esta póliza. Este número mínimo no podrá ser nunca superior a 20 días.

d) Médico: Sólo quienes poseen el título respectivo y estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario.

e) 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 este concepto incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales, o de personas que sufran adicciones a drogas o alcohol.

f) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes: entendiéndose por tal aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ARTICULO 4º: EXCLUSIONES

No habrá cobertura cuando la hospitalización se haya originado, sea consecuencia de:

a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Comisión de actos que puedan ser calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente. Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que el asegurado haya estado privado totalmente de la razón lo cual deberá ser acreditado por los medios legales correspondientes

e) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

f) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

g) Riesgos nucleares o atómicos.

h) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.

i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

j) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

k) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

l) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, parto, aborto o la pérdida que resulte del

mismo.

m) 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.

n) Tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes o enfermedades anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza. Tampoco se cubrirá la hospitalización a causa de cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías.

o) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

p) 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:

i. "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.

ii. Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.

iii. 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.

q) Hospitalizaciones para prestaciones dentales, exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento o cirugía dental en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial.

r) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes

ARTÍCULO 5º: CARENIA

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 individual del asegurado de esta póliza, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares. Las hospitalizaciones ocurridas durante este período a causa de enfermedades no dará lugar a la cobertura de que trata esta póliza.

ARTÍCULO 6º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 7º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la extensión de los riesgos, al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistemas de telefonía u otros análogos, y en otros formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

ARTICULO 8º: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTICULO 9º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producida la hospitalización a causa de accidente o enfermedad, deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la hospitalización, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el Asegurado deberá presentar un certificado de hospitalización que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTICULO 10º: TERMINACIÓN

La póliza terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima, en los términos señalados en el artículo 8º.

Asimismo, se pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido.

ARTÍCULO 11º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta

certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 12º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 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

ARTÍCULO 13º: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.