



EXCLUSIONES BENEFICIO DE SALUD

POL0320230245

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando el reembolso o el pago directo se origine por, o consecuencia de, o complicaciones de:

- a) La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por psiquiatría, psicología o psicopedagogía, salvo que estén expresamente contratados e indicados en las condiciones particulares de la póliza.
 - b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
 - c) Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.
 - d) Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
 - e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.
 - f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones.
 - g) No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad, la cirugía y/o tratamientos a causa de:
 - i. Obesidad mórbida o no, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de cirugía bariátrica descrita en el beneficio de hospitalización del artículo N°3 (ver anexo) de este condicionado, y esté expresamente indicado en las condiciones particulares de la póliza.
 - ii. Cirugía maxilofacial por enfermedad, excepto cuando se haya contratado la cobertura de cirugía maxilofacial descrita en el beneficio de hospitalización del artículo N°3 (ver anexo) de este condicionado, y esté expresamente indicado en las condiciones particulares de la póliza.
 - iii. Cirugía de rinoplastia y septoplastia, excepto cuando se haya contratado la cobertura de cirugía rinolaringológica descrita en el beneficio de hospitalización del artículo N°3 (ver anexo) de este condicionado, y esté expresamente indicado en las condiciones particulares de la póliza.
 - iv. Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, aunque sea para fines terapéuticos, salvo que esté la cobertura expresamente contratada en la póliza.
 - v. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento.
 - vi. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.
 - vii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.
 - viii. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
 - ix. Tratamientos para adelgazar.
- h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:**
- i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.
 - ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
 - iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
 - iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.
- i) Lesión o enfermedad causada por:**
- i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

- iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
- v. Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- j)** Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado la cobertura adicional de odontología en la póliza, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.
- k)** Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La aseguradora sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las condiciones particulares bajo la cobertura de beneficio ambulatorio.
- l)** Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios y/o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados o pagados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.
- m)** Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- n)** Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.
- o)** Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- p)** Epidemias oficialmente declaradas.
- q)** Incapacidades y/o embarazos preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas lesiones, dolencias o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares o en el certificado de cobertura, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable.
- r)** Malformaciones y/o incapacidad congénita, excepto a los asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.
- s)** Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aún cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera y otros de similares o distintos principios.
- t)** Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
- u)** Toda actividad o deportes evidentemente riesgosos tales como inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de automóviles, motocicletas, lanchas etc., aún cuando haya sido declarado por el asegurado y/o contratante.
- v)** Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- w)** Gastos que no estén expresamente indicados en el cuadro de beneficios detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con el pronunciamiento de la aseguradora.
- x)** Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema Isapre, al cual pertenezca el asegurado.
- y)** Ambulancia aérea.

CAD 320131600

El presente adicional no cubre ninguno de los beneficios estipulados en él, cuando se originen por:

- a) Todas las prestaciones dentales indicadas en las coberturas "Dental de Especialidad" y "Ortodoncia" del artículo N°3 (ver anexo), Descripción de las Coberturas, de este adicional, salvo que se hayan contratado e indicado expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
- b) Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos cuya enfermedad o accidente tenga su origen con posterioridad a la fecha de término de vigencia de su cobertura.
- c) Cualquier tratamiento estético y/o blanqueamiento a las piezas dentarias.
- d) Alguna de las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de la póliza principal.
- e) Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo que se hayan considerado con anterioridad a la fecha de vigencia inicial del asegurado en esta cobertura adicional.
- f) Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- g) Cualquier procedimiento dental realizado por cirujanos dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

La aseguradora se obliga a preguntar en los documentos o formularios proporcionados al asegurado, y solicitarle antecedentes médicos y/o efectuar exámenes médicos al asegurado, como así también a sus dependientes, acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades de origen odontológico que hayan tenido o tengan, y estará facultada para excluirlas al momento de la contratación, y por ello dichas situaciones así excluidas no tendrán derecho a ninguna indemnización en virtud de esta cobertura adicional.

Asimismo, el asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, según lo dispuesto en el artículo N° 524, N° 8 del Código de Comercio.

Otras exclusiones:

La presente cobertura dental no cubre los gastos dentales que se originen por:

- a) Exámenes bucales periódicos y/o profilaxis higienización dentro de los seis meses siguientes de haberse efectuado un procedimiento similar.
- b) Tratamiento de cirugía maxilofacial en lesiones de origen traumático efectuadas intrahospitalariamente o en servicios de urgencia por médicos cirujanos o por odontólogos con especialidad en cirugía maxilofacial.

Anexo

Artículo n° 3: Descripción de las coberturas

Las coberturas que otorga la aseguradora en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas como contratadas en las Condiciones Particulares de esta póliza, son las que se indican a continuación:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio se pueden contratar las siguientes coberturas que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza:

- a) Días cama hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
- b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo y/o intermedio; exámenes de laboratorio e imagen médica, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.
- c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
- d) Prótesis: Gastos por concepto de prótesis fijas o removibles, como también los productos sanitarios implante activo tales como marcapasos e implantes cocleares, requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica.

- e) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura esté vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- f) Servicio privado de enfermera: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.
- g) Servicio de ambulancia: Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kms.
- h) Cirugía ambulatoria: Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará los gastos en que se incurra por concepto de los servicios hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en la letra b) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.
- i) Cirugía bariátrica: Esto es para el caso de obesidad, entendiéndose por tal si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, o si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.
- j) Cirugía maxilofacial: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial por enfermedad. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a), b), c) y d), antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.
- k) Cirugía rinolaringológica: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos provenientes de todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de rinoplastia y/o septoplastia funcional en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a), b), c) y d), antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.
- l) Cirugía de reducción mamaria: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a), b), c) y d), antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Si se contrata esta cobertura, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos incurridos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado, que tenga la calidad de asegurado titular o cónyuge, y el recién nacido a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento, después de haber cumplido el período de carencia de nueve (9) meses. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del embarazo, sea que el resultado del mismo sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico y cualquier incapacidad inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal, de la madre o del recién nacido.

Los gastos médicos que se cubren bajo este Beneficio

de Maternidad son todos aquellos definidos en las letras a), b) y c), del Beneficio de Hospitalización anterior, todos los cuales se liquidarán bajo este beneficio y será pagado sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y la aseguradora sólo reembolsará o efectuará el pago directo según el porcentaje de reembolso y hasta el valor tope indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido después del quinto día del nacimiento, y que no correspondan a una complicación del parto, es decir que estén originados en enfermedades congénitas u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán o efectuará el pago directo por el Beneficio de Hospitalización, sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato.

Se entenderá como gastos inherentes al embarazo o nacimiento, todos aquellos que se originen como consecuencia del mismo, es decir, que han ocurrido por la existencia propia del embarazo. A modo de ejemplo, en esta categoría se encuentran aquellos gastos originados en las hospitalizaciones por partos prematuros, asfixias neonatales, fracturas producto del nacimiento, y cualquier otra situación directamente originada como consecuencia del embarazo y nacimiento.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Si se contrata esta cobertura, la aseguradora reembolsará o efectuará el pago directo de los gastos incurridos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio.

No estarán cubiertos por este beneficio los aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, órtesis, suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos salvo que estén expresamente indicados como cubiertos en este beneficio en las Condiciones Particulares de la póliza. De igual modo, los medicamentos ambulatorios no estarán cubiertos bajo este beneficio, salvo que estén expresamente indicados como cubiertos en este beneficio en las Condiciones Particulares de la póliza.

D) LIMITACIONES DE LA COBERTURA:

Las coberturas otorgadas por la presente póliza contemplan las siguientes limitaciones de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, sólo se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con cobertura en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, sólo se cubrirá el porcentaje de reembolso del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Esta limitación no se aplicará cuando el motivo de la no cobertura del plan o contrato sea a consecuencia de haberse consumido su valor tope anual de cobertura.

3. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a una institución de salud previsional regida por la ley N° 18.933, se cubrirá respecto de las prestaciones cubiertas por dicha institución de acuerdo a lo previsto en el inciso primero del artículo 33 bis de la referida ley, sólo el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado al régimen de prestaciones de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo a la ley N° 18.469, sobre FONASA, o cualquier otra institución estatal o servicio dependiente de la Administración del Estado que otorgue beneficios de salud a sus afiliados, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. En aquellos casos en que las prestaciones médicas sean cubiertas por bonos emitidos por la entidad previsional a la que se encuentre afiliado el asegurado, sólo se cubrirá el copago generado en la compra del bono, no correspondiendo reembolsar o pagar cobros adicionales por parte del prestador de salud, al monto pactado por él con la Institución previsional. Sólo podrán existir cobros adicionales al monto de los bonos en los casos de Servicios Hospitalarios de los afiliados de FONASA o en caso de las prestaciones de Servicios Hospitalarios no cubiertas por el plan de Isapre del asegurado.

Con todo, la aseguradora no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado.