

# SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR SANTA MARIA ISAPRE CONDICIONES PARTICULARES POL 3 2023 0477



De conformidad con la propuesta presentada, la que forma parte integrante de la Póliza, Help Seguros de Vida S.A., asegura de acuerdo con los términos y condiciones de la presente Póliza, de acuerdo a lo establecido en la POL 3 2023 0477, a los(as) Asegurados(as) incorporados en la Póliza, contra los riesgos detallados y hasta las sumas consignadas en este instrumento para la atención de urgencia médica ambulatoria y hospitalaria en Prestador Exclusivo Clínica Santa María, en la Región Metropolitana y/o en otras Instituciones de Salud del país, según arancel Isapre Clínica Santa María, a consecuencia directa de un Accidente que ocasione lesiones de origen traumático, de acuerdo a los montos máximos, plazos y demás condiciones que se indican en estas Condiciones Particulares.

Se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte en forma directa el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o lesiones internas o por inmersiones reveladas los exámenes correspondientes

No se consideran como Accidentes el suicidio o intento de suicidio, ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades o Accidentes vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado o cualquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que se originen como una complicación de una Lesión accidental.

## 1. Asegurados, edad mínima y máxima de ingreso. Edad máxima de permanencia.

1.1 **Asegurados:** Son Asegurados todas las personas desde el día de nacimiento y hasta los 60 años y 364 días de edad que se encuentren cubiertos por el Sistema Previsional de Salud Isapre, con cobertura en Clínica Santa María y que previa aceptación del riesgo por parte de la Compañía, hayan sido debida e individualmente incorporadas como Asegurados de esta Póliza.

1.2 **Contratante:** Es la persona natural que celebra el contrato con la Compañía Aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado, quien puede ser el mismo Contratante.

1.3 **Edad mínima de ingreso a la Póliza:** Desde el día del nacimiento, para Asegurados que cuenten con Sistema de Salud Previsional Isapre, con cobertura en Clínica Santa María.

1.4 **Edad máxima de ingreso a la Póliza:** 59 años y 364 días para Asegurados que cuenten con Sistema de Salud Previsional Isapre, con cobertura en Clínica Santa María.

1.5 **Edad máxima de permanencia en la Póliza:** 60 años y 364 días, para Asegurados que cuenten con Sistema de Salud Previsional Isapre, con cobertura en Clínica Santa María.

## 2. Período de vigencia

---

2.1 **Fecha de inicio de la vigencia de la Póliza:** La fecha de inicio de vigencia corresponderá a la fecha de aceptación del riesgo por parte de la Compañía, la cual se encuentra indicada carátula de estas Condiciones Particulares.

En caso que el Asegurado no tenga un Seguro Individual de Accidentes Traumáticos vigente a la fecha de contratación de este seguro, la fecha de inicio de vigencia será a contar del 11avo día de contratado el seguro y aceptado el riesgo por parte de la Compañía.

2.2 **Fecha de término de vigencia de la Póliza:** La fecha de término de la vigencia es el 31 de marzo de 2025.

2.3 **Renovación Automática:** La presente Póliza no contempla renovación automática.

## 3. Prestadores exclusivos de salud

---

3.1 **Región Metropolitana:** Prestadores de Salud Exclusivos.

**Prestador : Clínica Santa María SPA**  
N° de Registro : 15 de la Superintendencia de Salud  
RUT : 90.753.000-0  
Dirección : Avenida Santa María 0500, Providencia, Santiago, Región Metropolitana

**Prestador : Servicios Médicos Santa María Ltda**  
Razón Social : Servicios Médicos Santa María Ltda  
RUT : 77.200.240-8  
Dirección : Avenida Santa María 0410, Providencia, Santiago, Región Metropolitana

**Prestador : Asociación Médica Santa María SPA**  
Razón Social : Asociación Médica Santa María SPA  
RUT : 76.933.886-1  
Dirección : Avenida Santa María 0410, Providencia, Santiago, Región Metropolitana

3.2 **Otras regiones:** No existe prestador exclusivo en otras regiones.

#### **4. Monto máximo de gastos reembolsables y/o pago directo a los prestadores exclusivos**

---

El Asegurador reembolsará los Gastos Médicos Razonables, Acostumbrados y Efectivamente Incurridos cubiertos por esta Póliza y durante la vigencia de la misma por un monto máximo asegurable de UF 800 por Evento y por Asegurado.

#### **5. Coberturas**

---

5.1 La Compañía reembolsará los Gastos Médicos Razonables, Acostumbrados y Efectivamente incurridos por Evento y Asegurado, hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables y/o pago directo a los prestadores exclusivos indicados en el punto tres, después de aplicada la cobertura del Sistema de Salud Previsional Isapre, y/u otros seguros complementarios de salud, y/u otros beneficios contratados por el Asegurado, y/o del Seguro de Accidentes Personales (SOAP), cuando corresponda.

5.2 Este seguro no otorga cobertura a Asegurados que no cuenten con Sistema de Salud Previsional Isapre vigente o que pertenezcan al Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad o que coticen en el Sistema de Salud Previsional Fonasa.

5.3 La cobertura será otorgada a aquellos Asegurados vigentes que consulten por lesiones de origen traumático derivadas en forma directa de Accidentes y obtengan prestaciones o atenciones médicas en los Prestadores Exclusivos, a través de su Servicio de Urgencia de Accidentes o en otras Instituciones de Salud del país, sólo la primera atención a través del Servicio de Urgencia, según arancel Isapre Clínica Santa María, con un plazo máximo de 48 horas de producido el Accidente. La designación del especialista respectivo lo hará el Prestador Exclusivo al momento de realizarse la prestación y será designado por el médico de Urgencia de Accidentes, al momento en que inicie la atención correspondiente.

5.4 La cobertura en otras Instituciones de Salud del país, salvo Región Metropolitana, será a través de reembolsos. La cobertura ambulatoria derivada del Accidente que dio origen al gasto deberá realizarse en forma exclusiva en alguno de los prestadores exclusivos, siempre y cuando la denuncia del Accidente se haya realizado con un plazo máximo de 48 horas de producido el Accidente a la Compañía.

5.5 Cuadro de Coberturas para Gastos Médicos Razonables, Acostumbrados y Efectivamente Incurridos efectuados en alguno de los Prestadores Exclusivos o en otras Instituciones de Salud del país, según arancel Isapre Clínica Santa María.

<b>Cobertura en Servicio de Urgencia</b>	<b>Prestador Exclusivo</b>	<b>Otras Instituciones de Salud del país, salvo RM, en base a arancel Isapre Clínica Santa María</b>
Honorarios médicos Servicio Urgencia	100%	100%
Procedimientos y exámenes de diagnóstico Servicio de Urgencia	100%	100%
Servicios, medicamentos e insumos Servicio Urgencia	100%	100%
Cirugía ambulatoria Servicio Urgencia	100%	100%
Primera atención odontológica derivada de Accidente	100%	100%
Otras prestaciones no cubiertas por Isapre	100%	Sin cobertura

<b>Cobertura Hospitalaria</b>	<b>Prestador Exclusivo</b>	<b>Otras Instituciones de Salud del país, salvo RM, en base a arancel Isapre Clínica Santa María</b>
Salas de procedimiento y/o pabellón	100%	100%
Días cama medicina, UTI, UCI, intermedio y recuperación	100%	100%
Honorarios médicos quirúrgicos	100%	100%
Servicios, medicamentos e insumos hospitalarios	100%	100%
Otras prestaciones no cubiertas por Isapre	Sin cobertura	Sin cobertura

<b>Cobertura Ambulatoria derivada del Evento</b>	<b>Prestador Exclusivo</b>	<b>Otras Instituciones de Salud del país, salvo RM, en base a arancel Isapre Clínica Santa María</b>
Cirugía ambulatoria	100%	Sin cobertura
Consultas médicas	100%	Sin cobertura
Exámenes de laboratorio	100%	Sin cobertura
Imagenología	100%	Sin cobertura
Procedimientos de diagnóstico y terapéutico	100%	Sin cobertura
Kinesiología	100%	Sin cobertura
Medicamentos ambulatorios	Sin cobertura	Sin cobertura
Otras prestaciones no cubiertas por Isapre	Sin cobertura	Sin cobertura

5.6 **Cobertura para Riesgo Vital:** se entregará cobertura de la primera atención de urgencia por Accidente, en todas las Instituciones de Salud del país, según los porcentajes y topes fijados en el Cuadro de Coberturas, siempre que:

- El Asegurado tenga un plan vigente en el Sistema de Salud Previsional Isapre, con cobertura en los prestadores exclusivos;
- Se notifique a la Compañía Aseguradora en un plazo máximo de 48 horas de producido el Accidente; y,
- El Asegurado presente toda la información clínica de la atención recibida en la Institución de Salud distinta de Clínica Santa María.

Por riesgo vital se entenderá todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, ocasionado en forma directa por un Accidente, que pone en peligro la vida y es altamente probable la ocurrencia de muerte si la persona no es atendida inmediatamente en un centro asistencial cercano al lugar del suceso. Este Evento debe ser diagnosticado por un médico y confirmado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio, que sea aceptable por la Compañía.

El Asegurado haciendo uso de la Ley de Urgencias, deberá presentar los copagos realizados acogido al préstamo legal que ofrece la ley.

5.7 **Tipo de Habitación en hospitalización:** habitación individual estándar.

En caso que voluntariamente el Asegurado solicite otro tipo de habitación, la diferencia de precio será de

cargo del Contratante, Asegurado o de quien se haga cargo de la hospitalización, diferencia que en ningún caso podrá imputarse a este seguro.

En la hospitalización de Asegurados menores de 15 años es requisito la Compañía permanente de un adulto responsable. Sólo en tal caso, la atención hotelera de dicho acompañante se incluye dentro de los Servicios Médicos otorgados.

**5.8 Otras Coberturas.** Se otorgará cobertura a las siguientes situaciones siempre que se originen de forma involuntaria o accidental:

- a) Asfixia por inmersión.
- b) Mordeduras de animales domésticos o mascotas.
- c) Picaduras de insecto.
- d) Ingesta, introducción o aspiración de cuerpos extraños en nariz, oídos, garganta y ojos en menores de 10 años.
- e) Quemaduras originadas en tareas o actividades hogareñas.
- f) Intoxicación por monóxido de carbono, otros gases o sustancias químicas, en forma involuntaria o accidental.
- g) Intoxicación por medicamentos en menores de 10 años, de forma involuntaria o accidental.

## 6. Deducible

---

Este seguro no tiene deducible.

## 7. Evento

---

Se entenderá por Evento todas las prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias derivadas de lesiones de origen traumático ocasionadas en forma directa de un Accidente y sus consecuencias posteriores, asociadas directamente al diagnóstico principal cubierto y/o reembolsado por este seguro o pagado en forma directa a los prestadores exclusivos.

Si la Póliza deja de estar vigente, todo gasto de Evento ocurrido con posterioridad a la fecha de fin de vigencia de la Póliza no estará cubierto por el seguro. En caso de que el gasto presentado corresponda a un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se entregará cobertura hasta el monto máximo Asegurado o hasta el plazo de 1 (un) año desde la fecha del Accidente, lo que primero se cumpla, aun cuando al momento de dicha prestación el Asegurado no se encuentre vigente en la Póliza.

Este seguro no contempla un número máximo o límite de Accidentes traumáticos durante el período de vigencia de la Póliza.

## 8. Procedimiento en caso de siniestro

---

8.1 En caso de sufrir un Accidente amparado por esta Póliza, el Asegurado deberá asistir, dentro de las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas posteriores a la ocurrencia del Accidente, al Servicio de Urgencia de Accidentes de Clínica Santa María, en caso de Región Metropolitana. El Servicio de Urgencia de Accidentes de Clínica Santa María se encuentra ubicado en Avda. Santa María N° 0500, Providencia, Santiago.

8.2 En caso de sufrir un Accidente amparado por esta Póliza, el Asegurado deberá asistir, dentro de las primeras 48 horas posteriores a la ocurrencia del Accidente, al Servicio de Urgencia de otras Instituciones de Salud del País, salvo Región Metropolitana, y dar aviso a la Compañía Aseguradora en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido el Accidente al correo [servicioalcliente@helpseguros.cl](mailto:servicioalcliente@helpseguros.cl) o al teléfono 600 600 1222.

8.3 Cobertura en caso de Accidentes de tránsito: el Asegurado deberá activar primeramente su Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP) y seguir el procedimiento que para tal efecto corresponda.

8.4 En caso de que un Accidente corresponda a un Accidente de tránsito, el Contratante, Asegurados o un tercero en su nombre deberá dar cuenta inmediata del Accidente a Carabineros, de modo que quede registrado el Accidente en un parte policial, en que se describa el Accidente y sus circunstancias. Asimismo, el Asegurado accidentado deberá acudir de inmediato al Servicio de Urgencia de Accidentes de Clínica Santa María u otras Instituciones de Salud del País, salvo Región Metropolitana, para constatar lesiones, no rigiendo en tal sentido el plazo máximo de 48 horas señalado en el punto 5.3.

8.5 En el caso de atenciones en otras instituciones de Salud del país, salvo Región Metropolitana, se debe notificar a la Compañía Aseguradora en un plazo máximo de 48 horas de producido el Accidente, al correo [servicioalcliente@helpseguros.cl](mailto:servicioalcliente@helpseguros.cl) o al teléfono 600 600 1222. En caso de que la atención se realice en una Institución de Salud distinta a los Prestadores Exclusivos, salvo Región Metropolitana, la cobertura de la Póliza se otorgará mediante reembolso de gastos médicos y según arancel Isapre Clínica Santa María.

8.6 En caso de solicitar reembolso de gastos médicos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia directa de un Accidente de origen traumático en otras Instituciones de Salud del país, salvo en prestadores exclusivos, la documentación debe presentarse a la Compañía dentro del plazo máximo de 30 (treinta) días desde la fecha del gasto y además haber dado aviso oportuno a la Compañía Aseguradora en un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas de producido el Accidente, al correo [servicioalcliente@helpseguros.cl](mailto:servicioalcliente@helpseguros.cl) o al teléfono 600 600 1222.

8.7 En dicha comunicación se deben incluir la cuenta clínica, los documentos que acrediten el pago efectuado, la anamnesis, la documentación completa que acredite la atención médica calificada, el certificado médico y/o informe de atención de urgencia emitida por la Institución de Salud consultada, y/o el parte policial, en caso de Accidentes de tránsito, y toda la documentación que la Compañía Aseguradora estime conveniente para la correcta liquidación del siniestro.

8.8 Para proceder al reembolso, el Asegurado deberá presentar los comprobantes de reembolso de su Isapre, y/u otros seguros complementarios de salud, y/u otros beneficios contratados por el Asegurado, y/o del Seguro de Accidentes Personales (SOAP), cuando corresponda, y toda la documentación que la Compañía Aseguradora estime conveniente para la correcta liquidación del siniestro.

8.9 Para requerir atención bajo este seguro, los Asegurados deberán identificarse con su cédula de identidad y figurar inscritos y vigentes como Asegurados en la nómina o base de datos de la Compañía. En caso de que no se pueda acreditar la calidad de Asegurado de una persona al momento de la atención, previo chequeo con la nómina de Asegurados inscritos y vigentes a éste, la Clínica procederá a cobrar el valor total de los servicios prestados al paciente independientemente de la cobertura previsional de salud que posea.

Los Asegurados menores de 18 años deberán ser acompañados por uno de sus padres, por una persona adulta o por un responsable de la Institución Educacional a la que pertenece.

## **9. Moneda de la Póliza**

---

La prima de esta Póliza será cobrada en Unidades de Fomento (UF) al Asegurado.

## **10. Primas y efecto del no pago de la prima**

---

Este Seguro tiene una prima con la periodicidad de pago según lo establecido en el "Plan de Pago" que forma parte de estas Condiciones Particulares.

Una vez recepcionado el pago, la Compañía Aseguradora emitirá la Póliza que tendrá como fecha de inicio de vigencia la fecha indicada en la carátula de las Condiciones Particulares.

## **11. Domicilio**

---

Se fija como domicilio especial para el cumplimiento de todas las obligaciones de la Póliza la ciudad de Santiago.



## 12. Comunicación entre las partes

---

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el tomador y/o la Compañía al Contratante o Asegurado con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicado en el presente instrumento o en el último registrado en la Compañía. 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 carta certificada dirigida al domicilio del Asegurado señalado en este documento.

## 13. Código de autorregulación

---

Help Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las Compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web [www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación con los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Help Seguros de Vida S.A. o a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

La presente Póliza no cuenta con Sello SERNAC.

## 14. Causales de terminación del seguro

---

14.1 Este Seguro termina automáticamente:

- a) La expiración o cumplimiento de su Período de Vigencia.
- b) Respecto de cada Asegurado, el día que cumpla los 60 años y 364 días.

14.2 Este Seguro termina anticipadamente y de forma inmediata, sin necesidad de declaración judicial, arbitral o de otra clase, en caso que el Beneficiario no haga uso previo de su Isapre por las atenciones y tratamientos cubiertos por este Seguro, o si al momento de requerir los Servicios Médicos, durante su otorgamiento y/o una vez otorgados, se constata que:

- a) El Asegurado no se encuentra adscrito a una Isapre,
- b) El Asegurado ha dejado de cotizar en la Isapre,
- c) La Isapre puso término al Contrato de Salud Previsional, o
- d) La Isapre no otorga cobertura para atenciones en los Prestadores Exclusivos (como en el caso de planes cerrados de Isapre con otros prestadores de salud).

## 15. Exclusiones de cobertura (Artículo 6° POL 3 2023 0477)

---

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos del Asegurado, susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador Exclusivo que corresponda, cuando ellos correspondan, provengan o se originen por, o sean consecuencia, o correspondan a complicaciones y/o secuelas de:

- a) Las lesiones o padecimientos, su agravamiento y/o secuelas existentes al momento de la contratación del seguro o de forma anterior a ella. También se incluye el agravamiento de las lesiones producto del descuido, por parte del Asegurado, del tratamiento médico prescrito.
- b) El diagnóstico y tratamiento de enfermedades, condiciones y/o patologías existentes en forma previa o concomitante al Accidente traumático, aun cuando estas se manifiesten o sean detectadas con ocasión del Accidente.
- c) Cirugía plástica (estética) y tratamientos médicos, dentales u otros con o sin fines estéticos como, por ejemplo, masoterapia, blanqueamiento dental, entre otros.
- d) Los implantes dentales, desalojo de restauraciones, aparatos de prótesis, ortopedia, órtesis, lentes, audífonos y otros dispositivos audiovisuales, su tratamiento, reposición y reparación, y la atención de afecciones derivadas del uso de tales dispositivos, así como el valor de cualquiera de ellos.
- e) La intoxicación voluntaria por monóxido de carbono, otros gases y/o sustancias químicas.
- f) Los tratamientos y atenciones psiquiátricos, psicológicos, de terapia ocupacional y de medicina deportiva.
- g) Las intoxicaciones alimentarias.
- h) El tratamiento de artrosis, manguito rotador u otras lesiones de tipo degenerativo.
- i) El tratamiento de lesiones osteomusculares con terapia biológica (concentrado plaquetario, células madre, factor de crecimiento, etc.).
- j) Las quemaduras por exposición a los rayos solares (cutáneos u oculares) y/o por roce provocado por sobreuso (por ejemplo, sobreuso de calzado).
- k) Los panadizos, uñas encarnadas y sabañones.
- l) Los gastos de servicios no clínicos (por ejemplo, telecomunicaciones) en que incurra el paciente hospitalizado y gastos de acompañantes.
- m) Las atenciones domiciliarias.
- n) Las intoxicaciones, alergias o intolerancias producidas por medicamentos, parásitos (sarna, pediculosis), alimentos u otro agente o factor que las provoquen.

- o) La tentativa de suicidio o suicidio frustrado y las lesiones auto inferidas.
- p) Las lesiones producidas a consecuencia de crisis convulsiva, desmayo o síncope.
- q) Encontrarse el Asegurado con ingesta de alcohol, y la ingestión y/o inyección accidental o premeditada con o sin autorización médica de fármacos, drogas, estupefacientes, somníferos o sustancias tóxicas. Dichas circunstancias serán calificadas por la autoridad competente o por el personal clínico del Prestador. En este último caso, el personal clínico que atiende al Asegurado deberá dejar constancia de las declaraciones realizadas por éste respecto de la ingesta de alcohol, drogas, estupefacientes, somníferos o sustancias tóxicas en el registro clínico o ficha clínica de la atención de urgencia. Sin embargo, en los casos que por razones legales se requiera la práctica de exámenes correspondientes, además del registro clínico deberá ser cuantificado por los exámenes propios de cada situación.
- r) La ingesta, introducción o aspiración de cuerpos extraños, fármacos u otros de forma involuntaria en pacientes mayores de 10 años.
- s) Los riesgos quirúrgicos y hospitalarios a que se expone el Asegurado al someterse a intervenciones y/o atenciones que no guardan relación directa con el Accidente cubierto por el presente seguro.
- t) El tratamiento y/o profilaxis de enfermedades de transmisión por vía hemática a consecuencia de Accidentes cortopunzantes. Asimismo, las lesiones o enfermedades ocurridas mientras tengan lugar a prácticas técnicas o profesionales.
- u) La atención y tratamiento de lesiones por sobrecarga o sobreuso tales como tendinitis, torticollis, lumbagos, hernias, rabdomiólisis, fractura por stress y periostitis, entre otras.
- v) La atención de lesiones de origen traumático que sean consecuencia de:
  - i. Accidentes de vehículos en los que se constate que: (a) el Asegurado no posee licencia de conducir o posee una licencia de conducir no vigente o suspendida; o (b) la documentación del vehículo que estuvo en el Accidente no cumple con las normas legales y reglamentarias aplicables, o se encontrara vencida o ausente.
  - ii. Participación de los Asegurado en actividades altamente riesgosas como por ejemplo automovilismo, motociclismo deportivo, motocross, bicicross, enduro, descenso en bicicleta, vuelo en alas delta, paracaidismo, parapente, bungee, escalada en muro o roca, buceo, artes marciales, boxeo y maniobras acrobáticas en general, ya sea que alguna de las actividades antes señaladas se practique en competencias o no, incluyéndose todas aquellas otras actividades que impliquen un riesgo similar en su práctica a las que se han descrito en esta letra.

- iii. Lesiones ocurridas a consecuencia de terremotos, inundaciones u otras catástrofes naturales.
  - iv. Haber participado en cualquier forma o haberse visto envuelto y/o haber sido víctima de acciones o actos delictivos, infracciones a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad o integridad física de las personas, actos o atentados terroristas, crímenes, simples delitos o faltas contra la propiedad o personas, acciones de guerra, revolución o insurrección, huelgas, paralizaciones, motines, como asimismo toda clase de riñas o desórdenes populares, y situaciones similares.
  - v. El uso de armas de fuego u otras de cualquier clase de denuncia obligatoria y/o implicancia médico legal.
  - vi. La negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado en un Accidente.
  - vii. Lesiones ocurridas a consecuencia y en ocasión del trabajo, amparadas por la Ley de Accidentes del Trabajo N° 16.744 (Accidentes de trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales), u otra actividad laboral remunerada que se realice de forma independiente.
  - viii. La continuación de tratamiento del Asegurado, es decir, aquellos casos en que recibe atención médica en otro Prestador en forma posterior a las 48 horas desde ocurrido el Accidente traumático o sin presentar la documentación que acredite la atención médica calificada del centro asistencial consultado inicialmente, aun cuando solicite atención dentro del plazo de 48 horas.
- w) Los servicios de rescate desde el lugar del Accidente.
  - x) Los gastos de traslado por terceros y por Accidentes ocurridos fuera del radio urbano de Santiago, los que en ningún caso serán de cargo ni responsabilidad de la Compañía.
  - y) Las atenciones cuyo diagnóstico no corresponde a y/o no se originan de un Evento, aun cuando la consulta en el Prestador se origine en referencia a un Accidente traumático.
  - z) El diagnóstico y tratamiento de lesiones cuyo origen sea una enfermedad, condición o patología concomitante o existente de forma previa a un Accidente, aun cuando se manifieste o sea detectada con ocasión de un Accidente.
  - aa) Prestaciones médicas para personas y/o Beneficiarios pertenecientes al sistema previsional Fonasa o de las Fuerzas Armadas o de Orden y Seguridad Pública, independiente de la edad que tengan, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule algo en contrario.
  - bb) Fractura de Huesos producida como consecuencia directa e inmediata de osteoporosis.
  - cc) Lesión a consecuencia de la práctica como deportista de competición o de alto rendimiento según la Ley N° 19.712.

- dd) Cirugías y Tratamientos estéticos o maxilofaciales, corrección de malformaciones producidas por Accidentes ocurridos previo al inicio de la vigencia de esta Póliza, exámenes, extracciones, empastes, implantes e implantaciones dentales.
- ee) Viaje o vuelo en vehículo aéreo en un transporte no sujeto a itinerario, ni operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida. Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase realizados en forma habitual o regular por el Asegurado, como pasajero, tripulante o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial reconocida por I.A.T.A., sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- ff) Infecciones bacterianas.
- gg) Riesgos nucleares o atómicos.
- hh) Gastos en medicamentos e insumos no incluidos en el arsenal fármaco terapéutico de los Prestadores Preferentes o Exclusivos.
- ii) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Cobertura detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como, asimismo, prestaciones no incluidas en el plan de salud de la Isapre.
- jj) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos y otros equipos Médicos.

**ANEXO**  
**(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)**  
**PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

### **1. Objeto de la liquidación**

---

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la Póliza contratada en una Compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

### **2. Forma de efectuar la liquidación**

---

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

### **3. Derecho de oposición a la liquidación directa**

---

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

### **4. Información al Asegurado de gestiones a realizar y petición de antecedentes**

---

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

## **5. Pre-informe de liquidación**

---

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El Asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

## **6. Plazo de liquidación**

---

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

## **7. Prórroga del plazo de liquidación**

---

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

## **8. Informe final de liquidación**

---

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012),

## **9. Impugnación informe de liquidación**

---

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.



**ANEXO**  
**INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES**  
**Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de la Circular Nº 2131 de 28 de noviembre de 2013, las Compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, Asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O´Higgins 1449, piso 1º, Santiago, o a través del sitio web [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl).