

CLAUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR EVENTO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131122

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal. En consecuencia, se registrará por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos:

ARTICULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Las mismas establecidas en la póliza principal a la que accede.

ARTICULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.

La compañía reembolsará Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado durante los doce (12) meses siguientes a la fecha de ocurrencia del Evento y que sean originados por éste, en los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

La compañía reembolsará Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, que se indican en este mismo artículo, originados a causa de un Evento, en los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales, en que el Asegurado haya efectivamente incurrido durante el período en que se encuentre amparado por esta cláusula adicional, siempre que: a) el Evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia del Asegurado en esta cláusula adicional, b) sean incurridos con posterioridad al período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional, c) se haya incurrido en los gastos dentro del Período de Duración de Reembolso, d) el monto de gastos supere el Deducible definido en el Artículo 17, numeral 5 de estas Condiciones Generales y e) que la suma de los reembolsos asociados a un mismo Evento no haya superado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables definido en el Artículo 17, numeral 6 de estas Condiciones Generales.

La Compañía Aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, en complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapre, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, no cubriendo aquella parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos Sistemas, seguros, instituciones o entidades.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se define en el Artículo 17, numeral 6 de estas Condiciones Generales y se aplicará por Asegurado y por cada Evento que le ocurra al Asegurado durante la vigencia de su cobertura en esta cláusula adicional. Asimismo, una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

El Período de Duración de Reembolso corresponde al plazo de doce (12) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados al Asegurado de conformidad a los términos de esta cláusula adicional. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía. En las Condiciones Particulares de la cláusula adicional se podrá ampliar el Período de Duración de Reembolso.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsables a causa de un Evento, en virtud de esta cláusula adicional, son los que se detallan a continuación:

A. GASTOS DE HOSPITALIZACION:

Para efectos de estas Condiciones Generales, se entiende por Hospitalización aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, pernoctando a lo menos una noche y que utilice un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

Conforme a lo anterior, los Gastos de Hospitalización, corresponden a:

1. Atención Privada de Enfermería: Es el servicio de enfermería profesional prestado al Asegurado durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama de Hospitalización.
2. Cirugía Dental por Accidente: Es el tratamiento de lesiones o enfermedades a los dientes naturales del Asegurado a causa de un Evento que corresponda a un Accidente y efectuado por un Médico cirujano maxilofacial o un odontólogo. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
3. Día Cama de Hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Incluye Día Cama Cuidado Intensivo e Intermedio.
4. Honorarios Médicos: Son los honorarios de aquellos profesionales médicos, otros profesionales de la salud y paramédicos que, conforme a lo prescrito por el Médico tratante, efectúen prestaciones al Asegurado, distintos de los que digan relación con los Honorarios Médicos Quirúrgicos.

5. Honorarios Médicos Quirúrgicos: Son los honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una Operación Quirúrgica al Asegurado.
6. Servicio de Ambulancia Terrestre: Para efectos de esta póliza se entiende como el traslado terrestre del Asegurado hasta y hacia el Hospital en una ambulancia.
7. Servicios Hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otros gastos suministrados al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento de la Lesión o Enfermedad.

B. GASTOS AMBULATORIOS:

Se entenderá por prestación realizada en forma ambulatoria aquella que se realice al asegurado y que no requiera de su Hospitalización.

Conforme a lo anterior, los gastos ambulatorios corresponden a:

1. Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización.
2. Consultas Médicas: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el médico brinda su parecer y recomienda los pasos a seguir.
3. Exámenes de Laboratorio: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.
4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Procedimientos por los cuales se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.
5. Radiografías, Imagenología, Ultrasonografía y Medicina Nuclear.

C. BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio la compañía aseguradora reembolsará los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado por concepto de medicamentos, a causa de un Evento, recetados exclusivamente por un médico para uso ambulatorio, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para cada una de las categorías de medicamentos ambulatorios definidas para este beneficio que se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

1. Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;
2. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;
3. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;
4. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

D. BENEFICIOS ADICIONALES

Como beneficios adicionales la compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, a causa de un Evento, correspondientes a las prestaciones médicas y servicios que se indican a continuación, en los términos, condiciones, porcentajes y límites señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

1. Servicio de Ambulancia Aérea cuando el Evento es un Accidente: Consiste en el traslado aéreo del Asegurado, con el único objeto de transportarlo hasta un hospital dentro del territorio de Chile.
2. Prótesis y Órtesis: Excluyendo la prótesis maxilofacial y los implantes cocleares, este beneficio adicional comprende los gastos derivados de la adquisición de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos, vale decir aquellos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez.
3. Enfermedades del Embarazo: Para efectos de esta cláusula adicional se considerarán como Eventos, exclusivamente a las siguientes enfermedades del embarazo y por consiguiente tendrán cobertura en los términos de estas Condiciones Generales: 1) colestasia intrahepática, 2) preeclampsia, 3) eclampsia y 4) diabetes gestacional.

E. PRESTACIONES MEDICAS EN EL EXTRANJERO:

Los Gastos de Hospitalización y Gastos Ambulatorios antes señalados provenientes de prestaciones médicas realizadas al Asegurado en el extranjero serán susceptibles de ser reembolsados siempre que digan relación con un Evento y cumplan los requisitos establecidos en esta cláusula adicional. En este caso, la compañía reembolsará en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que, por su naturaleza, se indica en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

ARTICULO 3: CARENCIA.

La cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional tendrá el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros, contado desde: (a) la fecha de vigencia de la cláusula adicional para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; (b) la fecha de vigencia de aquellos asegurados que se incorporen a la cláusula adicional con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales; o (c) la rehabilitación de la cláusula adicional para todos los asegurados, según corresponda.

La compañía no reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el Asegurado durante el período de carencia, originados a causa de un Evento.

La Carencia no se aplicará para los Gastos Reembolsables causados por un Evento consistente en un Accidente, ni tampoco en cada renovación de la cláusula adicional.

ARTICULO 4: EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional no cubre los gastos médicos que no tengan como causa un Evento.

Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por:

(a) Rigen para esta cláusula adicional todas las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal a la que accede.

(b) Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiéndose que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.

(c) Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto, abortos y Maternidad en general.

(d) Gastos de Hospitalización y Ambulatorios a consecuencia de maternidad o de embarazo, por la pérdida que resulte del embarazo y por enfermedades a causa del embarazo, salvo las consignadas en el Artículo 2, letra D, numeral 3, de estas Condiciones Generales.

(e) Enfermedad psicológica y/o psiquiátrica.

(f) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

(g) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean necesarios para el tratamiento a causa de un accidente que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cláusula adicional.

(h) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.

(i) La cirugía y/o tratamiento del sobrepeso o por obesidad independientemente del grado de sobrepeso u obesidad del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.

(j) Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.

(k) Tratamientos médicos causados por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y cualquier lesión y/o Enfermedad derivada de dicha ingestión.

(l) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.

(m) Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país.

(n) Lesiones producidas por encontrarse el Asegurado bajo la influencia de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

(o) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos,

drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

(p) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, siempre que no estén incluidos dentro de lo definido en Cirugía Dental por Accidente descrita en el Artículo 2, letra A) de estas Condiciones Generales.

(q) Tratamientos maxilofaciales, prótesis maxilofaciales y órtesis maxilofaciales, excluidos los que tengan origen a causa de accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cláusula adicional.

(r) Cirugía ocular para la corrección de los vicios de refracción, cualquiera sea su técnica,

(s) Lentes o anteojos ópticos,

(t) Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.

(u) Cualquier tipo de prótesis y órtesis salvo las consignadas en el Artículo 2, letra D, numeral 2, de estas Condiciones Generales,

(v) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, distintos de aquellos prescritos al Asegurado por el Médico tratante en relación con el Evento.

(w) Consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios, vacunas, tratamientos o cirugías con fines preventivos.

(x) Atención particular de enfermería fuera del Hospital.

(y) Gastos de cualquier tipo, incurridos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado.

(z) Enfermedad o Accidente a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

(aa) La práctica de cualquier deporte objetivamente riesgoso, cuando no haya sido informado a la compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta cláusula adicional o durante su vigencia.

Serán consideradas riesgosas actividades tales como: equitación; carreras de caballos; lanchas; deportes mecánicos; así como los conocidos como deportes extremos y/o de contacto físico, tales como parapente, benji, montañismo o escalada, buceo o inmersión subacuática, paracaidismo, alas delta u otros del mismo género, y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

(bb) La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.

(cc) Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

(dd) Tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos.

(ee) Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

(ff) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias.

(gg) Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional todas las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal a la que accede.

Las exclusiones precedentes, relativas a gastos que provengan o se originen por determinadas prestaciones y servicios médicos, no tendrán aplicación, cuando los porcentajes y límites de reembolso o pago de dichos gastos se encuentren expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional.

ARTÍCULO 5: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de esta cláusula adicional serán los asegurados titulares por aquellos gastos médicos incurridos por ellos mismos, como también por los gastos médicos incurridos por sus asegurados dependientes.

En el caso que corresponda efectuar un reembolso al asegurado titular y éste haya fallecido, el pago de dicho reembolso será efectuado a sus herederos legales de conformidad con la ley.

ARTÍCULO 6: VIGENCIA Y DURACION DE LA CLAUSULA ADICIONAL

La cláusula adicional entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional, o en la propuesta de seguros, y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovada a partir de la fecha de término de la cláusula adicional, por el lapso, condiciones y prima que autorice el contratante.

Terminada la vigencia de la cláusula adicional, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los Eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTICULO 7: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima se hará en el mismo lugar y en los mismos plazos y condiciones estipulados en la póliza principal.

Los cambios en el monto de la prima estarán inicial y expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y en la propuesta de seguros suscrita por el Asegurado Titular, variando su monto según la edad del Asegurado Titular y el número de Asegurados Dependientes cubiertos por esta cláusula adicional.

ARTICULO 8: DENUNCIA DE SINIESTROS.

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud de esta cláusula adicional, el asegurado deberá notificarlo a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido en el Gasto Reembolsable, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, es decir, desde que se tomó conocimiento de la emisión del documento que acredite el gasto incurrido o una vez efectivamente incurrido en el Gasto Reembolsable si esto último sucede en una fecha posterior a la emisión del documento.

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el Evento y la ocurrencia de gastos susceptibles de ser reembolsados a causa de dicho Evento, los siguientes:

(a) Formulario proporcionado por la compañía, con toda la información que en él se indique, suscrito por el Asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.

(b) Declaración del Asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados.

(c) Originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, efectuado o por efectuar en favor de él, por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el Evento denunciado, a objeto de acreditar a satisfacción de la Compañía que ha ocurrido un Evento cubierto por esta cláusula adicional y determinar su monto. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del Evento denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el Evento denunciado y los gastos consecuentes.

En el caso que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar el siniestro el Asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTICULO 9: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.

El Asegurado, conforme a la letra b) del artículo 8, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados.

Para los efectos de esta cláusula adicional, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los gastos efectivamente incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

ARTICULO 10: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reembolsará al Asegurado Titular que haya incurrido en los gastos a causa de un Evento o, en su defecto, a los herederos legales de éste en partes iguales, los Gastos Reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros, en la medida que tales gastos hayan sido incurridos dentro del Período de Duración de Reembolso, que hayan sido incurridos con posterioridad al término del período de Carencia, siempre hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, y que dichos gastos excedan el Deducible indicado para cada Evento y para cada Asegurado, según lo señalado en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales.

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta póliza, efectuará, previa liquidación correspondiente, el pago de los Gastos Reembolsables. El pago se efectuará en las oficinas de la compañía o a través de agentes pagadores, o mediante los medios de pago bancarios o electrónicos que disponga la Compañía y ponga a disposición del asegurado o sus herederos legales.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se indica en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros y se aplicará por Asegurado y por cada Evento que ocurra durante la vigencia de su cobertura en esta cláusula adicional. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

La Compañía sólo reembolsará el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros, se atenderá a las siguientes situaciones en que se encuentre el Asegurado afectado por el Evento:

a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso que se indica en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

b) El mismo procedimiento de la letra a) precedente, se aplicará respecto de aquellos Asegurados que, estando afiliados a un sistema de salud previsional, privado o estatal, los gastos efectivamente incurridos por él no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en tales instituciones.

c) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y los gastos efectivamente incurridos por él cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso, en tales instituciones, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre la parte de dichos gastos que no han sido objeto de bonificación, aporte y/o reembolso por tales instituciones, aplicará el porcentaje de reembolso que se indica en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

El pago de los eventuales reembolsos se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N°1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

En caso que los gastos cuya cobertura se esté solicitando, se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme al procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTICULO 11: APLICACION DEL DEDUCIBLE.

El Deducible, por Evento, por Asegurado y por la edad de éste, será el monto indicado en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros, expresado en Unidades de Fomento.

La aplicación del Deducible, por Evento, por Asegurado y por la edad de éste, se sujetará al siguiente procedimiento:

1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por esta cláusula adicional,

2°) Aplicación de los porcentajes de reembolso que se indica en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros sobre el monto determinado conforme al número anterior y

3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

El monto del Deducible se aplicará por Evento, por Asegurado y por la edad de éste.

Asimismo, el monto del Deducible estará determinado por la edad que tenga el Asegurado al momento de ocurrencia del Evento, quedando el Deducible fijo para dicho Evento por todo el Período de Duración del Evento, según se indica en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

No se aplicará Deducible alguno a los Gastos Reembolsables en que incurra el Asegurado cuando los Gastos Reembolsables derivados de un Evento sea consecuencia de una de las siguientes Operaciones Quirúrgicas o Enfermedades:

(1) Cáncer: Para efectos de esta cláusula adicional se entiende por cáncer la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tejido maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas específicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local con infiltración y/o destrucción directa de tejidos, o metástasis a distancia; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el diagnóstico de cáncer, la historia clínica que fundamente el diagnóstico, confirmado por un informe anátomo-patológico

por escrito de biopsia firmado por un médico cirujano que certifique positivamente la presencia de un cáncer y, otros antecedentes que sean necesarios para acreditar el siniestro denunciado.

(2) Infarto del miocardio: Es la Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una rama de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, el cual por falta de dicha nutrición a la zona, sufre una necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por los siguientes antecedentes:

(a) Hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha Hospitalización;

(b) Dolor de pecho de carácter anginoso;

(c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma; y,

(d) Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

(3) Enfermedad de las coronarias que requiere cirugía: Es aquella Enfermedad que requiere de la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

(4) Accidente vascular encefálico: Es la Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco, fundamentado y respaldado por una Hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral.

(5) Trasplante de órganos mayores: Consiste en la transferencia de un órgano desde un individuo donante al Asegurado como receptor del trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, incluyendo además la médula ósea, siempre y cuando los órganos del Asegurado se encuentren dañados y hayan dejado de cumplir su función.

ARTICULO 12: TERMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA.

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de la póliza principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que será solo válida y regirá mientras la póliza principal lo sea y esté vigente, terminando también en los siguientes casos:

1. Término anticipado respecto de un Asegurado Dependiente: La cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional terminará anticipadamente respecto de un Asegurado Dependiente, en las siguientes circunstancias:

(a) A las 24:00 horas del día en que algún Asegurado Dependiente cumpla la edad máxima de permanencia, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza; o

(b) Por no pago de la prima correspondiente al Asegurado Dependiente y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en la póliza principal; o

(c) Fallecimiento del Asegurado Dependiente.

2. Término anticipado de la cláusula adicional: La cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional terminará anticipadamente respecto de todos los Asegurados en los siguientes casos:

(a) Por término de la póliza principal;

(b) Por término anticipado de la cobertura que otorga esta cláusula adicional para el Asegurado Titular, oportunidad en la que también terminará el cláusula adicional para los asegurados dependientes de él;

(c) Por fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminará el cláusula adicional para los asegurados dependientes de él;

(d) A las 24:00 horas del día en que el asegurado titular cumpla la edad máxima de permanencia, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, oportunidad en la que también terminará el cláusula adicional para los asegurados dependientes de él;

(e) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la cláusula adicional y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en la póliza principal;

(f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según lo establecido en la póliza principal; y

(g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

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

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

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

ARTÍCULO 13: PRESCRIPCIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Las acciones emanadas de esta cláusula adicional prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva.

Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto.

El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 14: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Si con posterioridad a la fecha de vigencia de la presente cláusula adicional, un Asegurado Titular desee incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la compañía de seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y ser aceptados por la compañía de seguros, en cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de las coberturas para el o los nuevos asegurados dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación por parte de la compañía de seguros.

ARTÍCULO 15: IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la cláusula adicional y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen del cargo de la Compañía.

ARTICULO 16: ACCESORIEDAD.

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal, y se regirá, en todo lo aquí no expresamente estipulado, por lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza principal.

ARTICULO 17: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta cláusula adicional las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

1. Asegurado: Es toda persona natural que, cumpliendo los requisitos de edad de ingreso y permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros, se ha incorporado mediante la suscripción de la propuesta de seguros y está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta cláusula adicional y puede ser:

(a) Asegurado Titular: Es la persona natural que cumpliendo los requisitos de edad de ingreso y permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros, se ha incorporado mediante la suscripción de la propuesta de seguros y está habilitada como Asegurado principal de la póliza, encontrándose individualizada en la propuesta de seguros. Además, es miembro, socio, cliente, trabajador o tiene algún vínculo contractual con el Contratante. El Asegurado Titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta cláusula adicional hasta cumplir la edad señalada en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

(b) Asegurado Dependiente:

i. El o la cónyuge o el o la conviviente del Asegurado Titular, que habiendo sido solicitada su incorporación por éste, mediante la suscripción de la propuesta de seguros, cumple los requisitos de edad de ingreso y permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

ii. Los hijos solteros y estudiantes que, habiendo sido solicitada su incorporación por el Asegurado Titular, mediante la suscripción de la propuesta de seguros, cumplen los requisitos de edad de ingreso y permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros.

2. Evento: Es la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico confirmado de una Enfermedad que origina gastos por medicamentos, servicios, prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con el diagnóstico principal de la Enfermedad o con el Accidente, y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de tal Enfermedad o Accidente, todo considerando el Período de Duración del Evento. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura en esta cláusula adicional.

3. Período de Duración de Reembolso: Corresponde al plazo de doce (12) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos médicos originados por el Evento, dentro de dicho plazo, serán reembolsados al Asegurado de conformidad a los términos de estas Condiciones Generales. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía.

4. Carencia: Corresponde al período durante el cual el asegurado paga prima, pero no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta póliza. Durante el período de carencia, el Asegurado no tiene derecho a percibir reembolsos por Gastos de Hospitalización ni por Gastos Ambulatorios que otorga esta cláusula adicional, derivados de dicho Evento.

La Carencia no se aplicará para los Gastos Reembolsables causados por un Accidente, ni tampoco en cada renovación de la cláusula adicional. La aplicación de la Carencia se detalla en el Artículo 3 de estas Condiciones Generales.

5. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta cláusula adicional, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros que siempre son de

cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 10 y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 11, ambos de las presentes Condiciones Generales.

6. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, por los Gastos Reembolsables correspondientes a cada Evento, dependiendo de la edad del Asegurado, y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y en la propuesta de seguros. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura de esta cláusula adicional.

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

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

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

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

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.

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

8. Enfermedad o Dolencia Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

9. Gastos Ambulatorios: Se entenderá por prestación realizada en forma ambulatoria o sin Hospitalización aquella efectuada al Asegurado que implique su permanencia en un Hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas, sin pernoctar al menos una noche en un Hospital.

10. Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.

11. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (a) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (b) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (c) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

12. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios, Gastos de Hospitalización, gastos por medicamentos ambulatorios y gastos derivados de los beneficios adicionales, asociados a un mismo Evento, que son susceptibles de ser reembolsables en virtud de lo dispuesto en estas Condiciones Generales por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales.

13. Hospital: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, domicilios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

14. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún respecto, la asistencia domiciliaria.

15. Lesión: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera

tratamiento médico. Para efectos de esta cláusula adicional, todas las Lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como parte del mismo Evento.

16. Medicamento: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una Lesión o enfermedad. No se considera Medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.

17. Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.

18. Operación Quirúrgica: Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado por un Médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un Hospital.

19. Cuadro de Beneficios: Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones que otorga esta cláusula adicional y se entiende forman parte integrante de la misma.

20. Propuesta de seguros: La oferta escrita de contratar el seguro, formulada al asegurador por el contratante, el asegurado o por un tercero a su nombre.

21. Informe Histopatológico: Se refiere a la documentación de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Histopatológico bajo los términos de esta póliza, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.