



ESTIPULACIONES GENERALES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS HELP

En Santiago, en la fecha señalada en la carátula del presente instrumento, entre HELP SpA, RUT 96.565.480-1, debidamente representada por Patricio Ríos Díaz, ambos con domicilio en Avenida Providencia 1979, piso 6, comuna de Providencia, en adelante “HELP”, por una parte y, por la otra, el “Contratante” o el “Beneficiario” individualizado en la carátula del Contrato de Servicios, en adelante la “Carátula”, se han convenido las siguientes estipulaciones generales que, sin perjuicio de los demás términos y condiciones del Contrato de Afiliación estipulados en los respectivos anexos, regirán las relaciones contractuales entre las partes:

PRIMERO: Si el contrato se suscribe por medios digitales, el contratante declara que ha aceptado la contratación y pago de los servicios de Help SpA, contenidos en lo anexos respectivos, mediante sistema de firma electrónica validada por certificadores en conformidad a la ley y la autorización de cargo en el sistema de pago por el elegido, respecto de aquellos indicados en las cláusulas que a continuación se exponen. Mediante dicha suscripción electrónica, el Contratante ha declarado haber comprendido clara e inequívocamente las condiciones generales contenidas en el presente instrumento. Al efecto, y como consta en la aceptación, debidamente autorizada por el Contratante de manera telemática y virtual, registro que forma parte integrante del presente instrumento, autorizó el contrato y el cargo en su sistema de pago y la suscripción del presente Contrato de Afiliación, en los términos contenidos en su Carátula, en las siguientes cláusulas y en sus anexos, así como para recibir una copia en formato PDF del mismo y de los servicios contenidos en los anexos contratados, entregado en su cuenta de correo electrónico. La circunstancia de haber requerido o solicitado el Contratante y/o sus Afiliados los servicios objeto de este contrato y contenido en el respectivo anexo, constituirá suficiente constancia

de haberse formado el consentimiento entre las partes para su celebración y en consecuencia de su perfeccionamiento.

SEGUNDO: el contratante, declara expresamente que celebra el presente contrato con el objeto que HELP le preste a él, si es beneficiario y/o a sus beneficiarios, todos ellos identificados en la nómina de beneficiarios y en los anexos beneficiarios que se adjuntan al presente contrato, el o los servicios contenidos en cada anexo contratado, según las modalidades que cada uno de ellos expresan.

Los servicios objeto del presente contrato podrán ser contratados desde cualquier parte del país, o incluso, desde el extranjero, pero éstos se prestarán solo dentro del área de cobertura territorial de los mismos, en caso que él o los servicios, estén sujetos a aquella. Esta cobertura territorial esta publicada en la página web www.help.cl, y forma parte integral del servicio que se sujete a la misma.

TERCERO: El Contratante declara expresamente que ha proporcionado verazmente todos sus antecedentes personales, clínicos, mórbidos y demás datos que se señalan en la Carátula y demás documentos o anexos que forman parte integrante de este Contrato, obligándose a mantener actualizada dicha información. Con todo, HELP podrá poner término anticipado a este contrato, si la información entregada no cumple con las condiciones precedentemente indicadas.

CUARTO: Las partes responderán de culpa leve en el cumplimiento de las obligaciones emanadas de este contrato, en los términos que señala la ley.

QUINTO: El presente contrato y sus anexos tendrá un plazo de duración de un año a contar de la fecha de su celebración. Para efectos administrativos y de verificación de la información proporcionada por el Contratante y/o Beneficiario, la total habilitación de los servicios se efectuará dentro de las 24 horas hábiles siguientes a contar de la fecha de celebración del contrato. El presente contrato se renovará automáticamente y con duración indefinida si ninguna de las partes manifiesta su voluntad de ponerle término mediante una comunicación escrita por carta certificada despachada a la otra parte contratante, con una anticipación mínima de sesenta días corridos al vencimiento del plazo. El Contratante también podrá poner término al contrato en el mismo plazo anterior en las oficinas de HELP o mediante correo electrónico

personalizado que permita garantizar la identidad del cliente, dirigido a la cuenta retencion@help.cl.

Adicionalmente, vencido el plazo de duración original, cualquiera de las partes podrá poner término al contrato en cualquier tiempo mediante un aviso escrito a su contraparte por carta certificada de su intención de ponerle término. La carta será enviada al domicilio que las partes hayan registrado en este contrato o en sus actualizaciones, en el caso de haberlas informado a la contraparte. El término del contrato se hará efectivo en el plazo de 60 días corridos, contados desde el primer día del mes siguiente a aquel en que se haya despachado la carta certificada por correo. El contratante también podrá poner término al contrato en el mismo plazo anterior en las oficinas de HELP o por correo electrónico personalizado que permita asegurar su identidad dirigido a la cuenta retencion@help.cl. Este cómputo del plazo se aplicará de igual manera, independiente el medio de notificación utilizado.

SEXTO: La remuneración de los servicios contratados se devengará en forma anticipada y su pago deberá efectuarse por el Contratante en forma mensual, trimestral, semestral o anual, según se establezca en la Carátula conforme al tramo etario en que se encuentren los Beneficiarios al momento de su ingreso, ajustando su variación en el tiempo según cada tramo, la modalidad de pago acordada, en las fechas señaladas y de acuerdo con el procedimiento establecido en aquella. El precio de la remuneración de los servicios se expresará en Unidades de Fomento (“UF”) y se pagará en su equivalente en pesos, al valor de la Unidad de Fomento al momento de su facturación.

El valor correspondiente a los servicios contratados será ajustado anualmente al alza o a la baja conforme a la fórmula descrita en los párrafos siguientes.

Atendido que el Índice de Precios al Consumidor (“IPC”) no refleja adecuadamente la inflación en los costos de los servicios prestados, el valor de los servicios será reajustado conforme a la variación de la partida de “Servicios Sociales y Salud”, del Sub-Índice de Remuneraciones (IR) Nominal por Actividad Económica del Índice de Remuneraciones y Costos de Mano de Obra, y la partida de “Combustibles”, del Sub-Índice de Costos de Transporte por Grupos del Índice de Costos del Transporte, elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y que forman parte de las Estadísticas de Precio del INE. Si a futuro estas partidas son modificadas por el INE,

las partidas utilizadas serán aquellas que contemplen los índices de remuneraciones de los profesionales de la salud y el índice de combustibles líquidos que contemple la gasolina y/o diésel.

La fórmula de ajuste será la siguiente: (90% partida de remuneraciones de Servicios Sociales y Salud + 10% partida de Combustibles) – IPC General del mismo período = % ajuste anual.

Para efectos de calcular el período anual correspondiente e informar el valor ajustado al Contratante, se tomará un período anual desfasado en 60 días hacia atrás, contados desde la fecha de renovación del contrato. Este desfase de 60 días se mantendrá también para los sucesivos ajustes.

El ajuste anterior podrá resultar en un valor superior o inferior al valor en UF expresado en la Carátula del contrato, el que tendrá una vigencia de doce meses contados desde la aplicación del ajuste respectivo.

El valor ajustado de los servicios que resulte de aplicar la fórmula anterior será informado previamente y por escrito al Contratante, quien podrá poner término al contrato hasta los 30 días corridos siguientes de la implementación de dicho ajuste mediante carta certificada o en las oficinas de Help, ello, sin perjuicio de su derecho de poder terminar el contrato, una vez vencido el plazo de duración original, en la forma y condiciones señaladas en la cláusula décimo del presente instrumento.

SÉPTIMO: HELP no estará obligado a prestar los servicios contratados si el Contratante no se encuentra al día en el pago de los mismos. Sin perjuicio de ello, si el beneficiario solicita la prestación de alguno de ellos durante la mora o atraso y antes de la resolución anticipada del contrato y HELP, a su exclusiva decisión, optare por prestarlos, el contratante y/o el beneficiario deberá pagar en el acto de la prestación del servicio el valor fijado para dicho efecto por HELP, el cual podrá ser consultado en sus oficinas o en su página web www.help.cl. La mora o simple atraso en el pago de una o más cuotas mensuales, o una o más cuotas trimestrales, semestrales o anuales, en su caso, de la remuneración de los servicios contratados, de las prestaciones adicionales o copagos, facultará a HELP para terminar anticipadamente y sin forma de juicio el presente contrato mediante notificación por carta certificada al domicilio del Contratante expresado en este contrato, o su respectiva actualización, en caso que el Contratante haya actualizado sus datos con HELP.

OCTAVO: El Contratante autoriza desde ya, para que en caso de mora o simple retardo en el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente contrato, sus anexos o sus modificaciones posteriores, sus datos personales puedan ser ingresados, procesados, tratados y comunicados a terceros, en bases de datos o sistemas de información comercial pública y/o sistemas de morosidades y protestos u otros equivalentes, de conformidad al artículo 4° y demás normas pertinentes de la Ley N° 19.628 sobre Protección a la Vida Privada.

NOVENO: Con el objeto que HELP obtenga una mayor y completa información para la prestación de los servicios contratados, el Contratante autoriza expresamente a HELP para grabar y reproducir las conversaciones telefónicas sostenidas con HELP o con sus proveedores de servicios. Esta información será tratada de modo confidencial, sin perjuicio de ponerla a disposición de las autoridades competentes, si así fuere necesario, o del Beneficiario a quien se hubieran prestado los servicios contratados, a solicitud de éste y en la medida que la entrega de dicha información al Beneficiario no constituya una infracción legal.

DÉCIMO: El presente contrato y todas sus obligaciones, atendido que el proceso de la venta es digital, entrará en vigencia y se perfeccionará, si y solo si, una vez que HELP valide a través de la llamada de bienvenida o el mecanismo que al efecto designe, la efectividad y certeza del número telefónico del contratante y de sus datos filiatorios. En caso contrario, vale decir, si HELP no pudiese validar la certeza y correspondencia de los datos filiatorios, de contacto y de sistemas de pago aportados por el contratante en la venta digital, el presente instrumento se resolverá ipso facto y de pleno derecho, no siendo en consecuencia exigibles ninguna de las obligaciones señaladas en la presente convención.

UNDÉCIMO: El Contratante estará obligado a informar por escrito a HELP del cambio de su domicilio o el de sus beneficiarios, dentro de los cinco días siguientes de ocurrido el mismo. HELP no será responsable de las consecuencias derivadas del incumplimiento de tal obligación.

Asimismo, y atendido el hecho de que se trata de un hecho ajeno a la posibilidad de conocimiento de HELP, el Contratante estará obligado a comunicar por escrito, el fallecimiento de cualesquiera de sus beneficiarios, acompañando el correspondiente certificado de defunción, dentro de los 5 días siguientes de ocurrido el mismo. Mientras no se dé cumplimiento a lo antes señalado, el contrato continuará vigente

respecto de todos los beneficiarios asociados al mismo, pudiendo rebajarse el valor proporcional del beneficiario fallecido, solo a partir de la fecha en que se recepcione por HELP el certificado de defunción respectivo.

DÉCIMO SEGUNDO: Formarán parte del presente Contrato, para todos los efectos legales y contractuales a que haya lugar, todos los anexos suscritos entre las partes que consten de instrumentos separados.

En señal de conformidad este contrato será firmado electrónicamente y/o a mano alzada por Help SpA, y aceptado virtualmente por el cliente mediante la selección de la opción “aceptar” incluida en el formulario de venta del portal, o bien, mediante su firma y huella, según corresponda, sin perjuicio de su validación final, conforme el mecanismo indicado en la cláusula DECIMO precedente.

CONTRATANTE

HFI P

BORRADOR



ANEXO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS HELP

PLAN RESCATE

En Santiago, en la fecha señalada en la carátula del presente instrumento, entre HELP SpA, RUT 96.565.480-1, debidamente representada por Patricio Ríos Díaz, ambos con domicilio en Avenida Providencia 1979, piso 6, comuna de Providencia, en adelante "HELP", por una parte y, por la otra, el "Contratante" o el "Beneficiario" individualizado en la carátula del Contrato de Servicios, en adelante la "Carátula", se han convenido las siguientes estipulaciones especiales que, sin perjuicio de los demás términos y condiciones del Contrato de prestación de servicios suscrito con HELP, regirán las relaciones contractuales entre las partes:

PRIMERO: Si el anexo de contrato se suscribe por medios digitales, el contratante declara que ha aceptado la contratación y pago de los servicios de Help SpA, mediante sistema de firma electrónica validada por certificadores en conformidad a la ley y la autorización de cargo en el sistema de pago por el elegido, respecto de aquellos indicados en las cláusulas que a continuación se exponen. Mediante dicha suscripción electrónica, el Contratante ha declarado haber comprendido clara e inequívocamente las condiciones generales contenidas en el presente instrumento. Al efecto, y como consta en la aceptación, debidamente autorizada por el Contratante de manera telemática y virtual, registro que forma parte integrante del presente instrumento, autorizó el contrato y el cargo en su sistema de pago y la suscripción del presente Contrato de Afiliación, en los términos contenidos en su Carátula, en las siguientes cláusulas y en sus anexos, así como para recibir una copia en formato PDF del mismo, entregado en su cuenta de correo electrónico. La circunstancia de haber requerido o solicitado el Contratante y/o sus Afiliados los servicios objeto de este Contrato, constituirá suficiente constancia de haberse formado el consentimiento entre las partes para su celebración y en consecuencia de su perfeccionamiento.

SEGUNDO: El Contratante, declara expresamente que celebra el presente anexo de

contrato con el objeto que HELP le preste a él, si es Beneficiario y/o a sus Beneficiarios, todos ellos identificados en la Nómina de Beneficiarios y en los Anexos Beneficiarios que se adjuntan al presente contrato, los siguientes servicios según las modalidades que a continuación se expresan:

1.- Atención de salud Móvil de Emergencia y Urgencia Domiciliaria: HELP se obliga a prestar este servicio, según las reglas del arte, a través de un equipo de salud, mediante el envío de un móvil equipado según los requerimientos del caso de que se trate, dentro de los límites territoriales de operación de HELP establecidos en la Descripción de Límites de Operación del presente contrato, en adelante los “Límites Territoriales” o “Cobertura”, que se encuentran publicados en la página web www.help.cl/cobertura/, siempre que sean de posible acceso, para la estabilización y/o traslado del Beneficiario a un recinto asistencial de salud en situaciones de emergencia y urgencia médica. Para los efectos de este contrato, se entenderá por emergencia y urgencia médica toda situación crítica de salud que implique riesgo vital inminente para una persona. HELP no estará obligado a prestar este servicio cuando por circunstancias ajenas a su voluntad, al llegar al lugar del incidente donde se deba prestar la atención médica, se encuentre el Beneficiario atendido por otro servicio de rescate móvil público o privado, imposibilitando a HELP prestar los servicios contratados.

2.- Orientación Médica Telefónica (OMT): En el evento que no sea necesario el envío de un móvil (simple o ambulancia) al lugar del incidente o domicilio del Beneficiario, por no corresponder a situaciones de emergencia y urgencia médica de acuerdo a este contrato, o frente a dudas o consultas de salud, HELP otorgará al Beneficiario el servicio de OMT, en virtud del cual médicos cirujanos le proveerán de información o responderán dudas generales de salud, aconsejarán o asesorarán sobre conductas a seguir en situaciones específicas de salud, orientando sobre síntomas y medidas generales que el Beneficiario deba tomar. Este servicio no genera, por parte del médico orientador HELP, ni ordenes médicas para exámenes o procedimientos ni para entrega de medicamentos. Este servicio podrá solicitarse por el beneficiario en todo el país, o incluso, desde el extranjero.

TERCERO: HELP prestará el Servicio de Atención Médica Móvil de Emergencia y Urgencia Domiciliaria sólo a los Beneficiarios, en aquellos casos de urgencia y emergencia médica calificada por HELP. El traslado del Beneficiario o Beneficiarios a un establecimiento hospitalario corresponderá decidirlo exclusivamente al equipo de salud HELP y se efectuará bajo la supervisión de dicho equipo HELP.

CUARTO: Los servicios prestados por HELP tendrán las condicionantes propias de una primera atención de urgencia, por lo que la formulación de un diagnóstico definitivo y su tratamiento serán de responsabilidad del médico tratante o especialista del Beneficiario, según corresponda. En consecuencia, es obligación del Beneficiario consultar a la brevedad con su médico tratante o especialista, y continuar con el estudio o tratamiento, según corresponda.

QUINTO: La obligación de HELP se entenderá cumplida, para todos los efectos, cuando un equipo de salud HELP estime superada la emergencia en el domicilio o en el lugar de ocurrencia del incidente o el Beneficiario haya sido trasladado a un centro clínico u hospitalario, debidamente estabilizado. Para dichos efectos, se entenderá como "Beneficiario estabilizado" aquel que, habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que aún teniendo alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado a un centro asistencial sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad, o bien, encontrándose en situación de urgencia o emergencia cuya estabilización requiera imperiosamente de su traslado a un centro asistencial, efectuando dicho traslado; todo, a juicio exclusivo del equipo de salud HELP. De igual forma, ella se considerará ejecutada y cumplida si el Beneficiario, sus familiares y/o personas que tienen al Beneficiario bajo su cuidado, rechazan la indicación de traslado a un centro hospitalario, en cuyo caso el Beneficiario y el Contratante asumen la responsabilidad que de ello derive.

La emergencia, urgencia o prestación del servicio se considerará superada o cumplida, en su caso e indistintamente, con:

- a) La formulación de una hipótesis diagnóstica presencial o remota, basada en las evidencias presentes, acorde a las reglas del arte, la adopción de medidas de urgencia factibles de aplicar en el domicilio o en el lugar de ocurrencia del incidente y la recomendación de indicaciones, en espera de control con su médico tratante. HELP no asume responsabilidad alguna por las consecuencias que pudiesen derivar de la evolución natural de la enfermedad, con posterioridad a la prestación de los servicios de HELP.
- b) Cuando el Beneficiario, a juicio exclusivo del equipo de salud HELP, requiera ser internado en un establecimiento hospitalario y sea trasladado a uno de aquellos que haya señalado el Contratante como preferente o a aquel al que las circunstancias obliguen, esto último también a juicio exclusivo del equipo de salud HELP, serán de

cargo del Contratante y/o Beneficiario los gastos que se generen en el establecimiento hospitalario a que el Beneficiario haya sido trasladado por HELP, así como las gestiones de cobertura con su Aseguradora de salud y/o seguro vigente. Asimismo, es responsabilidad del beneficiario o cliente la activación de la aplicación Ley de Urgencias. Los servicios objeto del presente contrato, no incluyen el traslado del Beneficiario de un establecimiento hospitalario en que él haya sido ingresado a otro establecimiento, ni el traslado del Beneficiario de regreso a su domicilio una vez finalizada la atención en el mismo.

c) Cuando el Beneficiario, a juicio exclusivo del equipo de salud HELP, haya recibido una OMT adecuada a su requerimiento, en caso de no referirse el evento a una urgencia o emergencia médica.

SÉXTO: El Contratante declara expresamente que ha proporcionado verazmente todos sus antecedentes personales, clínicos, mórbidos y demás datos que se señalan en la Carátula y demás documentos que forman parte integrante de este Contrato, obligándose a mantener actualizada dicha información. Con todo, HELP podrá poner término anticipado a este anexo de contrato, si la información entregada no cumple con las condiciones precedentemente indicadas.

SÉPTIMO: El Contratante faculta expresamente al equipo de salud HELP para determinar, de acuerdo a las circunstancias del caso, el tipo de móvil que enviará al domicilio y la clínica u hospital donde se interne en definitiva. Sin perjuicio de lo anterior, será responsabilidad del establecimiento hospitalario al que sea trasladado el Beneficiario, si no se acepta o se retarda su ingreso.

OCTAVO: Las partes responderán de culpa leve en el cumplimiento de las obligaciones emanadas de este anexo de contrato, en los términos que señala la ley.

NOVENO: El presente contrato y sus anexos tendrá un plazo de duración de un año a contar de la fecha de su celebración. Para efectos administrativos y de verificación de la información proporcionada por el Contratante y/o Beneficiario, la total habilitación de los servicios se efectuará dentro de las 24 horas hábiles siguientes a contar de la fecha de celebración del contrato. El presente contrato se renovará automáticamente y con duración indefinida si ninguna de las partes manifiesta su voluntad de ponerle término mediante una comunicación escrita por carta certificada despachada a la otra parte contratante, con una anticipación mínima de sesenta días corridos al

vencimiento del plazo. El Contratante también podrá poner término al contrato en el mismo plazo anterior en las oficinas de HELP o mediante correo electrónico personalizado que permita garantizar la identidad del cliente, dirigido a la cuenta retencion@help.cl.

Adicionalmente, vencido el plazo de duración original, cualquiera de las partes podrá poner término al contrato en cualquier tiempo mediante un aviso escrito a su contraparte por carta certificada de su intención de ponerle término. La carta será enviada al domicilio que las partes hayan registrado en este contrato o en sus actualizaciones, en el caso de haberlas informado a la contraparte. El término del contrato se hará efectivo en el plazo de 60 días corridos, contados desde el primer día del mes siguiente a aquel en que se haya despachado la carta certificada por correo. El contratante también podrá poner término al contrato en el mismo plazo anterior en las oficinas de HELP o por correo electrónico personalizado que permita asegurar su identidad dirigido a la cuenta retencion@help.cl. Este cómputo del plazo se aplicará de igual manera, independiente el medio de notificación utilizado.

DÉCIMO: La remuneración de los servicios contratados se devengará en forma anticipada y su pago deberá efectuarse por el Contratante en forma mensual, trimestral, semestral o anual, según se establezca en la Carátula conforme al tramo etario en que se encuentren los Beneficiarios al momento de su ingreso, ajustando su variación en el tiempo según cada tramo, la modalidad de pago acordada, en las fechas señaladas y de acuerdo con el procedimiento establecido en aquella. El precio de la remuneración de los servicios se expresará en Unidades de Fomento (“UF”) y se pagará en su equivalente en pesos, al valor de la Unidad de Fomento al momento de su facturación.

El valor correspondiente a los servicios contratados será ajustado anualmente al alza o a la baja conforme a la fórmula descrita en los párrafos siguientes.

Atendido que el Índice de Precios al Consumidor (“IPC”) no refleja adecuadamente la inflación en los costos de los servicios prestados, el valor de los servicios será reajustado conforme a la variación de la partida de “Servicios Sociales y Salud”, del Sub-Índice de Remuneraciones (IR) Nominal por Actividad Económica del Índice de Remuneraciones y Costos de Mano de Obra, y la partida de “Combustibles”, del Sub-Índice de Costos de Transporte por Grupos del Índice de Costos del Transporte, elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y que forman parte de las Estadísticas de Precio del INE. Si a futuro estas partidas son modificadas por el INE,

las partidas utilizadas serán aquellas que contemplen los índices de remuneraciones de los profesionales de la salud y el índice de combustibles líquidos que contemple la gasolina y/o diesel.

La fórmula de ajuste será la siguiente: (90% partida de remuneraciones de Servicios Sociales y Salud + 10% partida de Combustibles) – IPC General del mismo período = % ajuste anual.

Para efectos de calcular el período anual correspondiente e informar el valor ajustado al Contratante, se tomará un período anual desfasado en 60 días hacia atrás, contados desde la fecha de renovación del contrato. Este desfase de 60 días se mantendrá también para los sucesivos ajustes.

El ajuste anterior podrá resultar en un valor superior o inferior al valor en UF expresado en la Carátula del contrato, el que tendrá una vigencia de doce meses contados desde la aplicación del ajuste respectivo.

El valor ajustado de los servicios que resulte de aplicar la fórmula anterior será informado previamente y por escrito al Contratante, quien podrá poner término al contrato hasta los 30 días corridos siguientes de la implementación de dicho ajuste mediante carta certificada o en las oficinas de HELP, ello, sin perjuicio de su derecho de poder terminar el contrato, una vez vencido el plazo de duración original, en la forma y condiciones señaladas en la cláusula décimo del presente instrumento.

Atendido que el objeto principal de este contrato es la prestación de un servicio de rescate móvil en situaciones de emergencia o urgencia médica, las partes pactan en este acto que dentro de un año calendario móvil, es decir, contando doce meses hacia atrás desde la fecha de la prestación de servicio, el Beneficiario podrá recurrir a los servicios de Atención de salud Móvil de Emergencia y Urgencia Domiciliaria establecidos en la cláusula Primera N°1) precedente, hasta en el número de ocasiones que señale a este efecto el cuadro o tabla que aparece publicado en la página web www.help.cl sin necesidad de efectuar un copago. A partir del despacho de móvil siguiente al exceso de ocasiones en que se requiera el señalado servicio, según describe el ya indicado cuadro o tabla, dependiendo de la edad del beneficiario, éste o el Contratante deberá efectuar un copago en cada ocasión en que se preste dicho servicio, el cual ascenderá a 5 UF (cinco unidades de fomento) pagaderos en su equivalente en moneda de curso legal, sin perjuicio de los ajustes que también procedan para este valor, en virtud de esta cláusula undécima.

UNDÉCIMO: HELP no estará obligado a prestar los servicios contratados si el Contratante no se encuentra al día en el pago de los mismos. Sin perjuicio de ello, si el beneficiario solicita la prestación del servicio de urgencia y emergencia domiciliaria

durante la mora o atraso y antes de la resolución anticipada del contrato y HELP, a su exclusiva decisión, optare por prestarlos, el contratante y/o el beneficiario deberá pagar en el acto de la prestación del servicio el valor fijado para dicho efecto por HELP, el cual podrá ser consultado en sus oficinas o en su página web www.help.cl. La mora o simple atraso en el pago de una o más cuotas mensuales, o una o más cuotas trimestrales, semestrales o anuales, en su caso, de la remuneración de los servicios contratados, de las prestaciones adicionales o copagos, facultará a HELP para terminar anticipadamente y sin forma de juicio el presente contrato mediante notificación por carta certificada al domicilio del Contratante expresado en este contrato, o su respectiva actualización, en caso que el Contratante haya actualizado sus datos con HELP.

DÉCIMO SEGUNDO: El Contratante autoriza desde ya, para que en caso de mora o simple retardo en el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente contrato o sus modificaciones posteriores, sus datos personales puedan ser ingresados, procesados, tratados y comunicados a terceros, en bases de datos o sistemas de información comercial pública y/o sistemas de morosidades y protestos u otros equivalentes, de conformidad al artículo 4° y demás normas pertinentes de la Ley N° 19.628 sobre Protección a la Vida Privada.

DÉCIMO TERCERO: Con el objeto que HELP obtenga una mayor y completa información para la prestación de los servicios contratados, el Contratante autoriza expresamente a HELP para grabar y reproducir las conversaciones telefónicas sostenidas con HELP. Esta información será tratada de modo confidencial, sin perjuicio de ponerla a disposición de las autoridades competentes, si así fuerenecesario, o del Beneficiario a quien se hubieran prestado los servicios contratados, a solicitud de éste y en la medida que la entrega de dicha información al Beneficiario no constituya una infracción legal.

DÉCIMO CUARTO: El Contratante estará obligado a informar por escrito a HELP del cambio de su domicilio o el de sus beneficiarios, dentro de los cinco días siguientes de ocurrido el mismo. HELP no será responsable de las consecuencias derivadas del incumplimiento de tal obligación.

Asimismo, y atendido el hecho de que se trata de un hecho ajeno a la posibilidad de conocimiento de HELP, el Contratante estará obligado a comunicar por escrito, el fallecimiento de cualesquiera de sus beneficiarios, acompañando el correspondiente certificado de defunción, dentro de los 5 días siguientes de ocurrido el mismo.

Mientras no se dé cumplimiento a lo antes señalado, el contrato continuará vigente respecto de todos los beneficiarios asociados al mismo, pudiendo rebajarse el valor proporcional del beneficiario fallecido, solo a partir de la fecha en que se recepcione por HELP el certificado de defunción respectivo.

DÉCIMO QUINTO: Reglas particulares de contratación para las ofertas de servicios denominadas “Pack dúo” y “Pack Familiar”.

El Contratante declara expresamente comprender y aceptar que Help SpA, no comercializa, vende o presta, el servicio de rescate medico móvil descrito en las cláusulas precedentes, para personas mayores de 75 años, elemento que es determinante para la celebración del presente anexo.

Sin perjuicio de lo anterior, y por medio del presente instrumento, podrán ingresar, y obtener la calidad de nuevos beneficiarios del servicio, a título de oferta, personas que sean mayores de 75 años y hasta los 79 años y 364 días de edad, sujeto a las condiciones y restricciones que cada oferta señala más adelante.

En este contexto, el contratante declara expresamente que celebra el presente Anexo al contrato de prestación de servicios, cuyas reglas especiales contenidas en esta cláusula, aplican, en particular, para los productos denominados “pack dúo” y/o “pack familiar”, según elección del contratante, y que constituyen, al ser aceptadas, modificaciones al servicio de rescate medico móvil de que da cuenta las cláusulas precedentes, ello, bajo las condiciones que se señalan a continuación:

1.- OFERTA PACK DUO:

1.1 El cliente contrata el servicio de rescate medico móvil para los beneficiarios definidos en la caratula del contrato principal a que accede este anexo, el cual permitirá, exclusiva y excepcionalmente, el ingreso en calidad de beneficiario de una persona mayor de 75 años de edad y hasta los 79 años y 364 días de edad, inclusive, en la medida que dicho ingreso venga acompañado de otro beneficiario con una edad igual o menor a 75 años.

1.2 Es condición de la esencia para la permanencia del beneficiario cuya edad está comprendida entre los 75 y los 79 años y 364 días de edad, que el beneficiario que lo acompaña al contratar esta oferta, permanezca vigente en el tiempo. Vale decir, la desafiliación del beneficiario menor de 75 años, producirá el efecto jurídico de poner término inmediato, de pleno derecho y sin forma de juicio a la presente oferta y a la afiliación al servicio de rescate médico para todas las personas incorporadas en el contrato.

1.3 Podrá subsistir la afiliación y vigencia de la oferta, si el contratante reemplaza o modifica el contrato, haciendo ingresar o reemplazando al beneficiario menor de 75 años, en la medida que la persona que ingresa, cumpla con las mismas condiciones que señala la oferta respecto de este ingreso, vale decir, que sea menor de 75 años.

2.- OFERTA PACK FAMILIAR:

2.1 El cliente contrata el servicio de rescate medico móvil para los beneficiarios definidos en la caratula del contrato principal a que accede este anexo, el cual permitirá, exclusiva y excepcionalmente, el ingreso en calidad de beneficiario de una persona mayor de 75 años de edad y hasta los 79 años y 364 días de edad, inclusive, en la medida que dicho ingreso venga acompañado de dos o más beneficiarios menores de 75 años.

2.2 Aplicarán a esta oferta, las mismas reglas y restricciones indicadas respecto del “pack dúo” en el numeral 1 precedente, en lo que se refiere al término de la afiliación, y consecuentemente del contrato, si el beneficiario mayor de 75 años y menor de 80 años, quedase como único beneficiario del servicio, resolviéndose en ese caso el contrato de pleno derecho y sin forma de juicio.

2.3 Igualmente, queda facultado el contratante para reemplazar o eliminar a algún beneficiario, en la medida que se respete la condición mínima de afiliación, vale decir, que el beneficiario que tiene entre 75 y 80 años de edad, sea acompañado por, al menos, un beneficiario menor de 70 años de edad.

En señal de conformidad, este contrato será firmado electrónicamente y/o a mano alzada por Help SpA, y aceptado virtualmente por el cliente mediante la selección de la opción “aceptar” incluida en el formulario de venta del portal, o bien, mediante su firma y huella, según corresponda.

CONTRATANTE

HELP SpA



ANEXO DE CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIAS

PLAN HOGAR

En Santiago, en la fecha señalada en la carátula del presente instrumento, entre HELP SpA, RUT 96.565.480-1, debidamente representada por Patricio Ríos Díaz, ambos con domicilio en Avenida Providencia 1979, piso 6, comuna de Providencia, en adelante “HELP”, por una parte y, por la otra, el “Contratante” o el “Beneficiario” o “el Cliente”, individualizado en la carátula del Contrato de Servicios, en adelante la “Carátula”, se han convenido el siguiente anexo a las estipulaciones generales que, sin perjuicio de los demás términos y condiciones del Contrato de servicios, regirán las relaciones contractuales entre las partes:

PRIMERO: Las partes declaran que el presente anexo de contrato se suscribe por medios digitales. En ese contexto, el contratante declara que ha aceptado la contratación y pago de los servicios de Help SpA, mediante sistema de firma electrónica validada por certificadores en conformidad a la ley y la autorización de cargo en el sistema de pago por el elegido, respecto de aquellos indicados en las cláusulas que a continuación se exponen. Mediante dicha suscripción electrónica, el Contratante ha declarado haber comprendido clara e inequívocamente las condiciones generales y las particulares contenidas en el presente instrumento. Al efecto, y como consta en la aceptación, debidamente autorizada por el Contratante de manera telemática y virtual, registro que forma parte integrante del presente contrato, autorizó el presente instrumento y el cargo en su sistema de pago, en los términos contenidos en este clausulado, así como para recibir una copia en formato PDF del mismo, entregado en su cuenta de correo electrónico. La circunstancia de haber requerido o solicitado el Contratante y/o sus Afiliados los servicios objeto de este contrato, constituirá suficiente constancia de haberse formado el consentimiento entre las partes para su celebración, y en consecuencia, de su perfeccionamiento.

SEGUNDO: SERVICIOS DE ASISTENCIA CONTRATADOS

SERVICIOS	Detalle	Cantidad de servicios
Telemedicina (Consulta médica virtual)	Medicina General, Pediatría y nutrición	4 servicios mensuales
Médico a domicilio	Medicina General	3 servicios anuales
Coordinación de servicio de toma de muestras de sangre y orina completa a domicilio:	<ul style="list-style-type: none">• Perfil Bioquímico• Perfil Lipídico• Hemograma• Ag Prostático• HB glicosilada• Insulinemia	4 servicios o solicitudes anuales
Atención kinesiológica respiratoria a domicilio	Coordinación de kinesiólogo a domicilio por motivo de lesión o enfermedad	2 eventos anuales (considera un máximo de 3 sesiones de kinesiología por cada servicio)
Asistencia kinesiológica motora a domicilio	Coordinación de kinesiólogo a domicilio por motivo de lesión o accidente traumático	1 evento anual (considera un máximo de 5 sesiones de kinesiología por cada servicio)
Asistencia Psicológica	Por Hecho traumático	4 servicios anuales (máx. 45 mins. c/u)

El Contratante, declara expresamente que celebra el presente contrato de prestación de servicios de asistencias, con el objeto que HELP o el proveedor que ésta al efecto designe, le preste a él, si es Beneficiario y/o a sus Beneficiarios, todos ellos identificados en la Nómina de Beneficiarios y en los Anexos Beneficiarios que son parte del presente instrumento, y que expresamente hayan contratado el servicio de asistencias contenidos en este, los servicios precedentemente resumidos según las modalidades que a continuación se expresan:

1.- TELEMEDICINA (CONSULTA MÉDICA VIRTUAL)

A través de su sitio web, HELP opera una plataforma destinada a brindarle al cliente, paciente o beneficiario, acceso electrónico a asesorías de salud con médicos habilitados legalmente para el ejercicio profesional y otros profesionales de la salud, mediante una plataforma telemática a distancia.

Dirección del sitio: www.helpasistencias.cl.

El servicio se otorgará bajo las siguientes condiciones:

- a) Las interacciones del paciente con el servicio de video-consulta médica, a través del Sitio no pretenden reemplazar la relación personal con su médico tratante u otro profesional especialista. Asimismo, las asesorías médicas ofrecidas por HELP, no pretenden ni están en capacidad de sustituir sus chequeos regulares de salud con el médico o profesional médico de elección del paciente.
- b) Para tener acceso a los Servicios en línea que brinda HELP S.A, el cliente/beneficiario deberá registrarse como usuario y crear su cuenta personal, suministrando toda la información personal básica requerida. El usuario accederá a su cuenta personal ("Cuenta") mediante el ingreso de su nombre de usuario, incluido su dirección de correo electrónico, y de la clave de seguridad personal elegida, la cual podrá modificar regularmente ("Claves de Acceso") claves que son de su uso exclusivo y confidenciales.
- c) Asimismo, el cliente/beneficiario se compromete a proveer información correcta, verídica y actualizada de su persona al momento de registrarse o al momento de hacer cualquier actualización de su ficha de información personal y que sus antecedentes personales clínicos, mórbidos y demás datos que proporcione son verdaderos, y en ellos se fundamenta la atención que recibe.
- d) Por ello, en caso de proveer información falsa o incorrecta HELP se reserva el derecho de suspender, temporal o definitivamente, su cuenta y negarle el acceso al uso de los Servicios, sin que por ello se genere derecho de resarcimiento alguno a favor del usuario.
- e) Adicionalmente, y en caso que el cliente/beneficiario entregue información falsa o imprecisa acerca de sus antecedentes personales, clínicos, mórbidos, y especialmente, si entrega sintomatología falsa o inexacta relativa al motivo de la consulta, el cliente/beneficiario declara comprender que el médico que preste el servicio contratado quedará desde ese momento liberado de toda responsabilidad penal, civil, infraccional o administrativa.
- f) Cualquier información, recomendación, indicación, diagnóstico, prescripción o tratamiento emanada o recibido a través del Sitio proviene y es atribuible exclusivamente a dicho profesional y nace de la información que el cliente/ beneficiario provee al profesional en una relación directa profesional-paciente.
- g) Sin perjuicio de los servicios específicos que son prestados por médicos, dentro de los servicios que provee directamente el Sitio al usuario, está el acceder a su Ficha Médica, donde él o los profesionales de salud que le hayan provisto sus servicios a dicho usuario, anotarán o registrarán los datos o información correspondiente al estado de salud, historial médico, etc., del usuario, todo ello previo consentimiento de éste, datos que, en todo caso, se regirán por lo dispuesto por la Ley 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes en las atenciones de salud.
- h) Toda información que se relacione con la identidad del cliente/beneficiario y con las condiciones físicas y mentales presentes, pasadas o futuras como asimismo su historia de tratamientos médicos, es considerada información de carácter privado y tratada como tal.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de que dicha información es considerada, en todo o parte, como dato personal, inclusive de carácter sensible, según sea el caso, del usuario de conformidad a lo previsto en la Ley N° 19.628.

- i) HELP se compromete a prestar sus servicios aplicando todo el esfuerzo, conocimientos, diligencia y dedicación necesarios, y ejecutándolos con la máxima pericia.
- j) HELP se compromete a realizar los Servicios bajo el más estricto marco de confidencialidad y discreción, conforme se ha señalado. De igual forma, HELP será responsable porque sus empleados y colaboradores guarden el mismo deber de confidencialidad.
- k) HELP deberá contar con una red de prestadores individuales de salud independientes con todas las acreditaciones y experiencia necesaria para brindar los Servicios ofrecidos.
- l) El término del servicio se producirá por: i.- el incumplimiento de los montos adeudados por el usuario, si procediere. ii.- En el supuesto de verificarse el uso indebido o abusivo por parte del usuario de los Servicios, constituyendo causal para ello el requerimiento de Servicios por motivos no adecuados o imprecisos, o el trato inadecuado al personal que presta los Servicios. iii.-HELP podrá dar por terminada la provisión del servicio de la presente asistencia esta asistencia de forma inmediata al comprobar la falsedad en los datos personales declarados en la ficha de afiliación en relación a sus antecedentes mórbidos y descripción de la signología de su patología o motivo de consulta, que son esenciales para cumplir con el servicio contratado

2.- COORDINACIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO

El cliente podrá solicitar a HELP mediante su red de proveedores la coordinación y gestión de profesional médico a domicilio del área de medicina general. El cliente podrá realizar la solicitud 24 horas al día los 7 días de la semana, pero la prontitud en la entrega del servicio dependerá de la disponibilidad de profesionales, horario de la solicitud y ubicación geográfica del cliente, pues el servicio no está orientado a tratar urgencias en que se encuentre en riesgo la vida del cliente. El médico a domicilio designado con motivo de la solicitud de atención del cliente estará facultado a entregar orden de reposo médico y recetas médicas. Para aquellos casos en que se requiera reposo médico y el médico no cuente con formulario al momento de la atención, la orden será enviada por el profesional al correo electrónico indicado por el cliente, o en su defecto, los documentos mencionados serán emitidos electrónicamente, de ser procedente. Límite: Hasta 3 servicios anuales.

Límite: Hasta 3 servicios anuales.

3.- SERVICIO COORDINACIÓN DE TOMA DE EXÁMENES Y TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE Y ORINA A DOMICILIO

El cliente podrá solicitar a HELP, para que esta por si o a través de su red de proveedores, realice la coordinación y gestión del servicio de toma de exámenes y toma de muestras de sangre y orina a domicilio para sí mismo o para alguna de las personas registradas como beneficiarios del presente

programa de asistencias contratado, siempre que cuente con una orden médica válidamente emitida con motivo de una consulta médica remota coordinada por el prestador de servicios. Los exámenes y muestras disponibles para esta asistencia corresponden a aquellos que se expresan a continuación:

a) Toma de muestra de sangre y orina completa

El cliente podrá solicitar la coordinación de hora y gestión de atención a domicilio de procedimiento que permite acceder al torrente sanguíneo para extraer una pequeña muestra de sangre, la que podrá ser utilizada en diversas pruebas. Podrá, asimismo, solicitar la coordinación de toma de muestra de orina completa a domicilio en caso de requerirlo de esa forma el profesional médico que le hubiera atendido y otorgado la respectiva orden médica válidamente emitida.

b) Perfil Bioquímico

El cliente podrá solicitar la coordinación de una hora a domicilio para una muestra de perfil Bioquímico, a través de la extracción de una muestra sanguínea. A modo referencial, este examen mide 16 parámetros que entregan información sobre distintos órganos, tales como los riñones y el hígado, además del metabolismo en general.

c) Perfil Lipídico

El cliente podrá solicitar la coordinación de una hora a domicilio para una muestra de perfil Lipídico, correspondiente a un examen de sangre utilizado para evaluar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular producto de un trastorno en el metabolismo de lípidos.

d) Hemograma

El cliente podrá solicitar la coordinación de una hora a domicilio para una toma de Hemograma con un profesional calificado. El Hemograma corresponde a un análisis de sangre utilizado para evaluar el estado de salud general y detectar una amplia variedad de enfermedades (anemia, infecciones, entre otras.)

e) Ag Prostático

El cliente podrá solicitar la coordinación de una hora a domicilio para una muestra de Ag Prostático. El antígeno prostático específico es una proteína producida por las células de la próstata que sirve para detectar el padecimiento o presencia de cáncer de próstata.

f) HB Glicosilada

El cliente podrá solicitar la coordinación de una hora a domicilio para una muestra de HB Glicosilada con un profesional calificado. Éste es un examen específico para el diagnóstico de Diabetes mediante la traducción del promedio de glicemias correspondientes a los últimos tres meses desde la fecha de realización del examen.

g) Insulinemia

El cliente podrá solicitar la coordinación de una hora a domicilio para una muestra de Insulinemia con un profesional calificado. Esta prueba mide cuánta insulina se encuentra presente en la sangre y es complementario en el diagnóstico de la enfermedad de Diabetes.

Este servicio tendrá un Límite: Hasta 4 servicios anuales. Para los efectos de este ítem, se considerará como cada servicio un máximo de 1 examen y/o muestra dentro de aquellas enunciadas precedentemente.

4.- ASISTENCIA KINESIOLÓGICA RESPIRATORIA A DOMICILIO

El cliente podrá solicitar a HELP, quien podrá, por si o a través de su red de proveedores, efectuar la coordinación y gestión de un profesional, el objetivo de la Kinesiólogía respiratoria comprende en controlar y aliviar los síntomas y complicaciones en pacientes tanto adultos como niños con problemas respiratorios.

El domicilio del cliente debe estar dentro del radio urbano de las principales ciudades del país, y para los demás casos podrá aplicar reembolso, siempre que exista autorización previa por parte de HELP o de su proveedor en red.

La coordinación del kinesiólogo(a) respiratorio a domicilio solo se activará en caso de que el cliente cuente con una orden válidamente emitida por profesional médico competente.

En caso de no contar con disponibilidad de Profesionales, HELP o sus proveedores del servicio, autorizarán el pago de reembolso, el cual se gestiona de la siguiente manera:

El cliente deberá pagar el costo total de la atención médica y posteriormente deberá hacer envío de boleta de pago mediante correo electrónico a nuestro departamento de reembolsos, en un plazo máximo de 10 días, hábiles. Documentos deben ser enviados a casilla de correo electrónica reembolsos@surasistencia.cl y dicho proveedor procederá a evaluar solicitud de reembolso para, en el caso que correspondiere, reembolsar aquel monto invertido en atención kinesiológica.

Límite: Hasta 2 servicios anuales por contrato. Cada evento considera un máximo de 3 sesiones de kinesiólogía por servicio.

5.- ASISTENCIA KINESIOLÓGICA MOTORA A DOMICILIO

El cliente podrá solicitar a HELP, la que podrá, por si o por intermedio de su red de proveedores, gestionar la coordinación y gestión de un kinesiólogo a domicilio por motivo de lesión o accidente traumático, para efectos de apoyar en la recuperación de movimiento en extremidades o articulaciones afectadas como consecuencia de la lesión o accidente traumático ocurrido. El cliente podrá realizar la solicitud 24 horas al día los 7 días de la semana, pero la prontitud en la entrega del servicio dependerá de la disponibilidad de profesionales, horario de la solicitud y ubicación geográfica del cliente.

La coordinación del kinesiólogo a domicilio solo se activará en caso de que el cliente cuente con

una orden válidamente emitida por profesional médico competente.

No formarán parte de esta prestación aquellas sesiones o tratamientos exclusivamente asociados a kinesiología respiratoria.

Este servicio tendrá un límite de hasta 1 evento al año por contrato. Este evento considera un máximo de 5 sesiones.

6.- ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Ante un evento determinado de características traumáticas, entre ellos, accidente, fallecimiento de un familiar o diagnóstico de enfermedad grave, HELP a través de su red de proveedores, pondrá a disposición del cliente la coordinación y gestión de un número limitado de sesiones telefónicas con un psicólogo, quien otorgará ayuda y contención profesional inicial para superar la experiencia traumática sufrida. Esta prestación será prestada en la misma plataforma en la que se realiza la Telemedicina, coordinada por HELP o por el proveedor que esta designe por intermedio de su red de profesionales ad hoc.

Este servicio es de apoyo psicológico inicial por lo que no reemplaza bajo ninguna circunstancia la consulta presencial de un psicólogo, el seguimiento de un tratamiento psicológico específico ni permite un diagnóstico telefónico definitivo.

Límite: Hasta 4 servicios anuales; máximo 45 minutos por cada servicio

TERCERO: SITUACIONES DE EXCLUSIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.

Los servicios no serán prestados y no generarán responsabilidad alguna para HELP o sus proveedores, en los siguientes casos:

- a. Ante la solicitud de servicios por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- b. Cuando la causa de la solicitud del servicio sea toda sintomatología o padecimiento que requiera de atención médica de urgencia.
- c. Toda atención kinesiología relativa y/o derivada de prótesis, ortesis y salud visual, salvo que el evento corresponda a una situación traumática.
- d. La asistencia kinesiología que requiera el usuario cuando sea consecuencia de estados postquirúrgicos y los controles derivados de éstos.
- e. La asistencia kinesiología que requiera el usuario y sean consecuencia o que correspondan a: controles derivados de cirugías estéticas, tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

Adicionalmente, serán causa para el no otorgamiento de los servicios objeto del presente convenio, las siguientes situaciones:

- a) Cuando la persona que solicite el servicio proporcione información incorrecta, no veraz e inoportuna, y que, en base a ello, esta no permita atenderlo debidamente.
- b) Cuando por caso fortuito o fuerza mayor, Help o sus proveedores se encuentren impedidos de prestar los servicios detallados en este anexo.
- c) Cuando el cliente incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este anexo o en los términos y condiciones aceptados por el cliente al momento de su registro en la plataforma que a ese efecto habilite Help a través de la cual el cliente puede acceder a los servicios señalados en el presente anexo.
- d) Cuando los servicios no sean solicitados directamente por el cliente o sus beneficiarios.

CUARTO: LIMITES DE COBERTURA TERRITORIAL PARA LAS ASISTENCIAS CONTRATADAS

Para los servicios de asistencia contemplados en este anexo, con excepción del servicio de telemedicina, el ámbito territorial se extiende a las principales ciudades de Chile hasta 20 kms contados desde su límite urbano, excluyendo territorios insulares, pero incluyendo Isla Grande de Chiloé. Las principales ciudades del país son: Arica, Iquique, Antofagasta, Calama, Copiapó, La Serena, Coquimbo, Valparaíso, Viña del Mar, San Antonio, Santiago, Rancagua, San Fernando, Curicó, Linares, Talca, Chillán, Concepción, Talcahuano, Los Ángeles, Valdivia, Temuco, Osorno, Puerto Varas, Puerto Montt, Coyhaique y Punta Arenas.

QUINTO: ATENCIÓN Y PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO.

La proporcionará HELP o alguno de sus proveedores en red, en forma integral las 24 horas del día y los 365 días del año, tanto con su propia infraestructura como con la de su red de proveedores.

SEXTO: SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE Y CENTRAL DE ASISTENCIA.

HELP, por sí o a través de su red de proveedores, para la facilitación de servicio de atención al cliente de Asistencia en torno a las dudas, consultas y/o reclamos que le susciten, además del requerimiento de atención de los servicios pertenecientes al programa de asistencias, utilizará el siguiente número telefónico: +56 2 26310863. Asimismo, HELP disponibilizará el correo electrónico: asistencias@help.cl, para los mismos efectos indicados precedentemente.

Los encargados de otorgar el servicio y/o facilitar la experiencia del cliente a través del servicio de atención al cliente solicitarán los datos básicos de identificación del cliente: Nombre, Rut, dirección, número de teléfono, servicios requeridos, validándose así los datos.

En caso de ser procedente, se apoyará al cliente en la coordinación y gestión de los servicios solicitados por éste.

SÉPTIMO: GRABACIONES

Para efectos de aseguramiento de calidad en el servicio de atención al cliente, HELP o su red de proveedores realizarán grabaciones de las conversaciones de solicitud de servicio por parte del cliente. Estas grabaciones serán almacenadas en HELP o en la red de proveedores hasta por un plazo máximo de 24 meses desde la fecha de la grabación.

OCTAVO: PRECIO

El valor de los servicios contratados, ya sea por titular o grupo familiar, según corresponda, será el indicado en la caratula del presente anexo de contrato y se expresará en Unidades de Fomento.

NOVENO: VIGENCIA DEL SERVICIO DE ASISTENCIAS

El presente contrato y sus anexos tendrá un plazo de duración de un año a contar de la fecha de su celebración. Para efectos administrativos y de verificación de la información proporcionada por el Contratante y/o Beneficiario, la total habilitación de los servicios se efectuará dentro de las 24 horas hábiles siguientes a contar de la fecha de celebración del contrato. El presente contrato se renovará automáticamente y con duración indefinida si ninguna de las partes manifiesta su voluntad de ponerle término mediante una comunicación escrita por carta certificada despachada a la otra parte contratante, con una anticipación mínima de sesenta días corridos al vencimiento del plazo. El Contratante también podrá poner término al contrato en el mismo plazo anterior en las oficinas de HELP o mediante correo electrónico personalizado que permita garantizar la identidad del cliente, dirigido a la cuenta retencion@help.cl.

Adicionalmente, vencido el plazo de duración original, cualquiera de las partes podrá poner término al contrato en cualquier tiempo mediante un aviso escrito a su contraparte por carta certificada de su intención de ponerle término. La carta será enviada al domicilio que las partes hayan registrado en este contrato o en sus actualizaciones, en el caso de haberlas informado a la contraparte. El término del contrato se hará efectivo en el plazo de 60 días corridos, contados desde el primer día del mes siguiente a aquel en que se haya despachado la carta certificada por correo. El contratante también podrá poner término al contrato en el mismo plazo anterior en las oficinas de HELP o por correo electrónico personalizado que permita asegurar su identidad dirigido a la cuenta retencion@help.cl. Este cómputo del plazo se aplicará de igual manera, independiente el medio de notificación utilizado.

DÉCIMO: MORA EN EL PAGO DE LAS ASISTENCIAS CONTRATADAS

HELP no estará obligado a prestar las asistencias contratadas si el Contratante no se encuentra al día en el pago del servicio. La mora o simple atraso en el pago de una o más cuotas mensuales, o una o más cuotas trimestrales, semestrales o anuales, en su caso, del precio por los servicios de

asistencia contratados, facultará a HELP para suspender inmediatamente la prestación de las asistencias y para terminar anticipadamente y sin forma de juicio el presente anexo de contrato.

En señal de conformidad este Anexo de contrato será firmado electrónicamente y/o a mano alzada por Help, y aceptado virtualmente por el cliente mediante la selección de la opción “aceptar” incluida en el formulario de venta del portal, o bien, mediante su firma y huella, según corresponda.

CONTRATANTE

HELP SpA

BORRADOR

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR COLECTIVO
HELP RESCATE



Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que esta propuesta sea aceptada por el Asegurado y se inicie la vigencia de la Póliza.

Datos Asegurable Titular

Nombres:	MANUEL GONZALO
Primer apellido:	ARAVENA
Segundo apellido:	BOBADILLA
RUT:	12765836-6
Fecha de nacimiento:	24/08/1975
Género:	Femenino
Correo electrónico:	JBUSTOS@HELP.CL
Teléfono:	123456789
Dirección:	AV. PROVIDENCIA 1979
Región:	REGIÓN METROPOLITANA
Comuna:	PROVIDENCIA

Datos asegurables adicionales

Asegurable	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RUT	Fecha de Nacimiento	Género	Relación con Titular	Sistema Previsional de Salud
Adicional 2	PRUEBA	PRUEBA	PRUEBA	12766479-K	26071988	M	OTRO	MASVIDA S
Adicional 3								
Adicional 4								
Adicional 5								
Adicional 6								
Adicional 7								
Adicional 8								
Adicional 9								

Datos contratante

Razón Social:	Help SpA
RUT:	96.565.480-1
Correo electrónico:	
Dirección:	Avenida Providencia 1979
Región:	Metropolitana
Comuna:	Providencia

Primas por cobertura (IVA Incluido)

Cobertura	12 cuotas de	Neta	IVA	Total mensual
Seguro Accidentes Familiar Colectivo Help Rescate		0,1536	0,0292	0,1828
Total anual Póliza				2,1936

Importante

Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una Póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Help SpA directamente con la Compañía de Seguros.

En caso de aceptarse la presente propuesta por la Compañía Aseguradora, el riesgo será cubierto por Help Seguros de Vida S.A.

Las Condiciones Generales de las Pólizas se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 320230487.

1. Período de vigencia

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

Para los Asegurados que ingresen durante la vigencia de la Póliza, la fecha de inicio de vigencia será la fecha de suscripción de la respectiva Solicitud de Incorporación.

1.2 **Fecha de término de vigencia de la Póliza:** Corresponderá a la fecha de fin de cobertura del riesgo por parte de la Compañía, la cual se encuentra indicada en la carátula de estas Condiciones Particulares.

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

2. Contratante, Asegurados y requisitos de asegurabilidad

- 2.1 **Contratante:** La persona jurídica que suscribe este Contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del Contrato.
- 2.2 **Asegurados:** Pueden ser Asegurados los clientes de Help SpA., en la medida que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos a continuación:
- 2.3 **Edades de los Asegurados Titulares:**
- a) Edad mínima ingreso: 18 años y 0 días
 - b) Edad máxima ingreso: 59 años y 364 días
 - c) Edad máxima permanencia: 60 años y 364 días
- 2.4 **Edades de los Asegurados dependientes:**
- a) Edad mínima de ingreso: desde el nacimiento
 - b) Edad máxima de ingreso: 59 años y 364 días.
 - c) Edad máxima de permanencia: 60 años y 364 días
- 2.5 Todos los Asegurados deberán encontrarse y mantenerse durante su vigencia en la Póliza, afiliados a un Sistema Previsional de Salud Isapre, con cobertura en los prestadores exclusivos o Fonasa en los grupos B, C o D, con cobertura en Clínica Santa María, Clínica Dávila Recoleta y/o Clínica Dávila Vespucio.
- 2.6 Este seguro no otorga cobertura a Asegurados afiliados a Isapre que no tengan cobertura en los prestadores exclusivos; que pertenezcan al Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y/o de Orden y Seguridad Pública; o que coticen en el Sistema Previsional de Salud Fonasa grupo A, independiente de la edad que tengan o que cumplan con los demás requisitos de asegurabilidad señalados en estas Condiciones Particulares
- 2.7 Para aquellos Asegurados cuyo Sistema Previsional de Salud no entregue cobertura en uno de los prestadores exclusivos, deberá concurrir a aquel que si se encuentre con cobertura en su plan de salud. En caso de no concurrir al prestador en el cual se otorgue cobertura por su Sistema Previsional de Salud, este seguro no otorgará cobertura.

3. Prestadores de salud

3.1 Región Metropolitana: prestadores exclusivos

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

Prestador : **Clínica Dávila Recoleta**
N° de Registro : 2 de la Superintendencia de Salud
RUT : 96.530.470-3
Dirección : Avenida Recoleta 464. Recoleta, Región Metropolitana

Prestador : **Clínica Dávila Vespucio**
N° de Registro : 17 de la Superintendencia de Salud
RUT : 96.898.980-4
Dirección : Avenida Serafín Zamora 190, La Florida, Región Metropolitana

3.2 **Otras Regiones:** este seguro no entrega cobertura en Instituciones de Salud de regiones.

4. Cobertura

4.1 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 en contusiones o heridas visibles, o lesiones internas o por inmersión reveladas por 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.

- 4.2 La Compañía Aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos por el Asegurado, hasta el monto máximo de gastos reembolsables, una vez otorgada la cobertura del Sistema Previsional de Salud del Asegurado 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.
- 4.3 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 Traumatológica y de Accidentes, según arancel del prestador exclusivo que otorga las prestaciones.
- 4.4 **Cuadro de Coberturas para Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos efectuados en los prestadores Exclusivos es el siguiente:**

Cobertura en Servicio de Urgencia Traumatológica y de Accidentes	Prestadores exclusivos
Honorarios médicos Servicio de Urgencia	100%
Procedimientos y exámenes de diagnóstico Servicio de Urgencia	100%
Servicios, medicamentos e insumos Servicio de Urgencia	100%
Cirugía ambulatoria Servicio de Urgencia	100%
Prestaciones no aranceladas	100%

Cobertura hospitalaria derivada de atención en Servicio de Urgencia Traumatológica y de Accidentes	Prestadores exclusivos
Salas de procedimiento y/o pabellón	100%
Días cama medicina, UTI, UCI, intermedio y recuperación	100%
Honorarios médicos quirúrgicos	100%
Servicios, medicamentos e insumos hospitalarios	100%
Prestaciones no aranceladas	100%

Cobertura ambulatoria derivada del evento	Prestadores exclusivos
Cirugía ambulatoria	100%
Consultas médicas	100%
Exámenes de laboratorio	100%
Imagenología	100%
Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos	100%
Kinesiología	100%
Prestaciones no aranceladas	100%

Otras coberturas	Otros prestadores diferentes a los prestadores exclusivos
Riesgo vital por Accidente	100% tope anual UF 40

- 4.5 **Cobertura para Riesgo Vital:** se entregará cobertura a la primera atención de urgencia por Accidente, en cualquier Institución de Salud del país, según los porcentajes y topes fijados en el Cuadro de Coberturas, siempre que se trate de riesgo vital.

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 el Médico Residente de turno del Servicio de Urgencia de la Institución de Salud que realizó las prestaciones y confirmado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio, que sea aceptable por la Compañía Aseguradora.

5. Monto máximo reembolsable

La Compañía Aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos por un Asegurado cubiertos por esta Póliza y durante la vigencia de la misma, por un monto máximo asegurable de **UF 800 anuales por Asegurado**.

6. Deducibles

Este seguro no tiene deducibles

7. Evento

Se entenderá por evento todas las prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias derivadas de lesiones de origen traumático ocasionadas en forma directa por un Accidente y sus consecuencias posteriores, asociadas directamente al diagnóstico principal cubierto y/o reembolsado por este seguro o pagado en forma directa al prestador exclusivo que corresponda.

Si la Póliza deja de estar vigente, todo gasto como consecuencia de un evento ocurrido con posterioridad a la fecha de término de vigencia de la Póliza o a la vigencia individual de un Asegurado, no estará cubierto por el seguro. En caso de que el gasto presentado corresponda a un Accidente ocurrido durante la vigencia del Asegurado en la Póliza, se entregará cobertura hasta el monto máximo reembolsable.

Este seguro no contempla un número máximo o límite de eventos por Asegurado a consecuencia

de Accidentes de origen traumático durante el Período de Vigencia del Asegurado en la Póliza, siempre que la suma de estos no supere el máximo reembolsable anual por Asegurado.

8. Procedimiento en caso de siniestros

- 8.1 La cobertura del seguro aplica para los Asegurados vigentes con antelación al Accidente que motiva la atención médica.
- 8.2 En caso de sufrir un accidente amparado por esta Póliza, el Asegurado deberá al Servicio de Urgencia Traumatológica y de Accidentes de Clínica Santa María, Clínica Dávila Recoleta o Clínica Dávila Vespucio.
- 8.3 Cobertura en caso de accidentes de tránsito: el Asegurado deberá reembolsar primeramente los gastos en el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP) siguiendo el procedimiento que para tal efecto corresponda.
- 8.4 En el caso de atenciones en otras Instituciones de Salud del país por riesgo vital, deberá enviar la documentación que acredite los copagos de cargo del Asegurado por una atención de riesgo vital.
- 8.5 Para solicitar reembolso de gastos médicos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia directa de un accidente de origen traumático, el Asegurado dispondrá de un plazo de 60 (sesenta) contados desde la fecha del último documento contable que acredita el copago de su cargo.
- 8.6 En dicha presentación deberá incluir la cuenta clínica, los documentos que acrediten el pago efectuado, la anamnesis, la documentación completa que acredite la atención médica recibida, el certificado médico y/o informe de atención de urgencia emitida por la Institución de Salud consultada, declaración de Accidentes, parte policial, en caso de accidentes de tránsito, comprobante de los aportes entregados por 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.

9. Moneda

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

10. Primas y efecto del no pago de la prima

Conforme a lo señalado en la Circular N° 1.499, de la Comisión para el Mercado Financiero, se deja constancia que el pago de la prima se efectuará mediante la modalidad de PAC (Autorización de descuento en cuenta corriente bancaria), PAT (Autorización de descuento en tarjeta de crédito) o Compromiso Único de Pago (CUP), por lo que las condiciones del mandato o compromiso que autoriza esta modalidad de pago forman parte integrante de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

La periodicidad del pago de las primas de este seguro será mensual según lo establecido en el plan de pago que forma parte de estas Condiciones Particulares.

El Asegurador concede un plazo máximo de 30 (treinta) días corridos, para el pago de la prima mensual. Durante este período, el seguro permanecerá en pleno vigor.

Conforme al artículo 528 del Código de Comercio la falta de pago de la prima al vencimiento del plazo de gracia se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, la Compañía Aseguradora dirija al Asegurado y dará derecho al primero a exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación.

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

11. Prima

El valor de la prima mensual por Asegurado ascenderá a los siguientes valores:

Prima neta mensual	IVA	Prima bruta mensual
UF 0,0768	UF 0,0146	UF 0,0914

12. Modalidad de pago de la prima

Las primas serán financiadas 100% por los Asegurados.

13. Incorporación y exclusión de Asegurados

13.1 Incorporación de Asegurados:

La incorporación de nuevos Asegurados se realizará según el Artículo 14 de las Condiciones Generales, quienes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad de esta póliza.

Los nuevos Asegurados ingresarán al presente seguro a contar de la fecha de suscripción de la respectiva Solicitud de Incorporación.

13.2 Exclusión de Asegurados:

La exclusión de los Asegurados podrá solicitarla el contratante a través de la página web u otro medio que la compañía disponga para ello, individualizando al Asegurado a eliminar, excluyéndose a partir de la fecha de recepción en la compañía de la respectiva solicitud. La devolución de primas se efectuará a prorrata a la cobertura otorgada.

14. Exclusiones

Las exclusiones cobertura Reembolso de Gastos Médicos por Accidentes de Origen Traumático son aquellas detalladas en el artículo N°7 de las Condiciones Generales (POL 3 2023 0487).

El Asegurado declara haber sido informado y conocer las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales antes señalada.

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos del Asegurado, susceptibles de ser reembolsados o pagados al prestador, 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.
- 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, aparatos de prótesis, ortopedia, órtesis, lentes, audífonos y otros dispositivos audiovisuales, su 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 bajo la influencia del alcohol, cuantificado por alcotest y/o examen de alcoholemia, 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.
- r) La ingesta, introducción o aspiración de cuerpos extraños, fármacos u otros de forma involuntaria en personas 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, torticolis, lumbagos, hernias, rabdomiólisis, fractura por stress y periostitis
- 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 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 del sistema previsional de salud del Asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

jj) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos y otros equipos Médicos. Las exclusiones precedentes no tendrán aplicación cuando éstas se encuentren expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares de la Póliza, en los términos allí expresados

15. Aceptación especial / Autorizaciones / Mandato

Autorizo a Help Seguros de Vida S.A. para requerir antecedentes adicionales sobre mi estado de salud, y autorizo a instituciones hospitalarias, laboratorio, médicos y demás personas que me hayan asistido o examinado a proporcionar, a solicitud de la Compañía, todos los datos o antecedentes clínica que tenga o hayan conocido con motivo de haberme prestado atención o servicios de salud, con el objetivo que la Compañía pueda evaluar esta solicitud de seguro o la precedencia del pago de un siniestro o hacer efectivo beneficios adicionales del seguro contratado. Para tal efecto relevo a las personas mencionadas del secreto profesional, aceptando que proporcionen la información que se les solicite.

Asi mismo, conforme a lo señalado en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, y en el Art. 61 del DFL 251 de 1931, referido a compañías de seguro, por este acto faculto expresamente a la Compañía, o a quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal y/o solicitar antecedentes o autoridades administrativas. Del mismo modo, autorizo el envío de dicha información por medios electrónicos. Esta autorización faculta a la Compañía para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada.

De la misma forma, consiente expresamente para que la Compañía tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorio clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el Art. 127 del Código Sanitario, modificado

por la ley ya citada.

Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía, en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestro y, en general, todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la Compañía, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros con estos mismos fines. Otorgo autorización y mandato a la Compañía para que pague directamente al prestador de salud u para que éste envíe directamente a la Compañía, la información sobre mi salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas en su caso.

Mediante la presente propuesta solicito ser incorporada a la póliza colectiva cuyos términos y condiciones declaro conocer previo a mi firma. Confirmando la exactitud y veracidad de la información contenida en este documento.

15. Términos y condiciones

Acepto los términos expuestos en los documentos que he leído previamente.

Por el presente instrumento autorizo expresamente a Help Seguros, así como a su personal, para que, en conformidad con la ley vigente, y en especial al artículo N°4 de la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal comparta mis datos de contacto y médicos que se encuentre en su poder con otras empresas del grupo de Empresas Banmédica, a fin de facilitar las prestaciones de salud convenidas a mi persona y ofrecer el acceso a productos y servicios relacionados con el acompañamiento del cuidado integral de la salud por parte de estas últimas.

De aceptar, dejo constancia de que los datos personales cuyo tratamiento se autoriza en virtud de este instrumento deberán ser utilizados exclusivamente para los fines antes señalados, debiendo resguardarse en todo momento su estricta reserva y confidencialidad de conformidad con la ley y la demás normativa vigente.

Dejo además constancia de que he sido debidamente informado(a) de los derechos que legalmente me corresponden como titular de los datos personales, y que entiendo que podré ejercer los mismos en todo momento, solicitándolo por escrito mediante una comunicación

dirigida a servicioalcliente@helpseguros.cl

De aceptar, la presente autorización tendrá una vigencia de 5 años a contar de esta fecha, luego de lo cual se renovará automáticamente por periodos equivalentes y sucesivos. Lo anterior debe entenderse sin perjuicio de mi derecho como titular a revocar en cualquier momento la presente autorización.

Canales de contacto

Si tienes dudas, contáctanos a través de:



Call Center
600 600 1222



WhatsApp
+569 6468 2239



Sitio Web
Sucursal Virtual

BORRADOR