

CLAUSULA ADICIONAL ONCOLOGICA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320190152

ARTICULO 1: DEFINICION DE LA COBERTURA

Mediante el pago de la prima, y en las condiciones y términos que a continuación se establecen, el asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones que más adelante se detallan a consecuencia del tratamiento terapéutico de las neoplasias malignas (cáncer) que se presenten en los asegurados de esta cláusula adicional de acuerdo a una de las modalidades definidas a continuación.

Modalidades:

A) Atención en instituciones designadas por la Compañía:

A.1. Cobertura

Bajo esta modalidad el asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones cubiertas por esta cláusula adicional, siempre que estos gastos se realicen en Santiago de Chile, por intermedio de la o las instituciones que el asegurador determine en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que la Institución designada por la Compañía deje por cualquier causa de prestar los servicios establecidos bajo esta póliza, la Compañía tendrá un plazo de 30 días para nominar una nueva institución que continúe con el tratamiento.

Todas las prestaciones cubiertas bajo esta modalidad se otorgarán exclusivamente en la o las instituciones designadas por la aseguradora en las Condiciones Particulares, y que tengan su domicilio principal en la ciudad de Santiago de Chile.

El asegurado no podrá exigir al asegurador el cambio de institución o la designación de otra para iniciar o continuar el tratamiento iniciado o realizar determinadas prestaciones. Bajo esta modalidad se entiende que la cláusula adicional ha sido contratada en consideración a la institución prestadora de los servicios médicos que designa el asegurador en forma previa al tratamiento. En aquellos casos en que el tratamiento requerido, no se pueda realizar en Santiago de Chile, la Compañía pagará el monto único señalado en las Condiciones Particulares de la póliza para la modalidad de libre elección, en cuyo caso la cláusula adicional terminará automáticamente para el asegurado bajo tratamiento liberando a la Compañía de toda responsabilidad.

Si durante el tratamiento seguido de acuerdo a esta modalidad, el asegurado decide continuarlo en otra institución distinta a la designada por la Compañía, ésta pagará el monto único señalado en las Condiciones Particulares de la póliza para la modalidad de libre elección, en cuyo caso la cláusula adicional terminará automáticamente para el asegurado bajo tratamiento liberando a la compañía de toda responsabilidad.

A.2. Obligaciones del asegurado

El asegurado para poder recibir los beneficios de esta cláusula adicional en la institución designada por la Compañía, deberá cumplir estrictamente las siguientes normas:

- a) Estar afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal (Fonasa B, C o D)
- b) Contar con un diagnóstico histológico comprobado de cáncer maligno (biopsia e informe anátomo patológico). Con todo, la institución designada por el asegurador podrá comprobar la validez del diagnóstico.
- c) Dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los 10 (diez) días siguientes a la fecha del diagnóstico del cáncer.
- d) Concurrir, previa cita, a la institución designada por el asegurador para ser atendido.

e) Cumplir cabalmente las instrucciones de la institución designada por la Compañía.

f) Asistir regularmente a todos los controles que se le indiquen en la institución designada por la Compañía Aseguradora.

El incumplimiento de alguna de las obligaciones del asegurado, significa el cambio automático de la modalidad de cobertura, y la Compañía pagará el monto único señalado en las Condiciones Particulares de la póliza para la modalidad de libre elección, en cuyo caso la cláusula adicional terminará automáticamente para el asegurado afectado, liberando a la Compañía de toda responsabilidad.

A.3. Gastos de cargo del asegurador

Serán de cargo del asegurador los gastos efectuados en la institución designada por la Compañía, provenientes exclusivamente de:

a) El proceso de confirmación de un diagnóstico comprobado de cáncer. Este proceso comprenderá consulta médica especializada, hospitalización, intervención quirúrgica y exámenes complementarios que sean necesarios a juicio de la institución designada por la compañía.

b) El tratamiento de la enfermedad, que podrá comprender cirugía, quimioterapia y radioterapia.

c) Las hospitalizaciones que sean indicadas por la institución designada por la Compañía Aseguradora y que se efectúen en la clínica que ésta misma disponga. La cobertura de hospitalización comprenderá, sólo para el asegurado, los días cama, el derecho a pabellón, unidad de tratamiento intensivo, unidad de tratamiento intermedio, honorarios médicos, procedimientos diagnósticos intrahospitalarios, exámenes de laboratorio y radiología y los gastos por concepto de medicamentos, insumos, banco de sangre y materiales clínicos en que se incurra durante la hospitalización, hasta el monto que se señala en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

d) Los gastos por concepto de drogas antineoplásicas, en que se incurra hasta el monto que se señala en las Condiciones Particulares, de esta cláusula adicional.

e) El control de seguimiento de la enfermedad, en la institución designada por la Compañía aseguradora, comprendiendo los exámenes médicos y de laboratorio pertinentes.

Se reconocerán como gastos efectivos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por el sistema de salud previsional, privado o estatal (Fonasa B, C o D). Por tanto, esta póliza opera como complemento de la cobertura económica del sistema previsional del asegurado, privado o estatal (Fonasa B, C o D).

B) Atención en Libre Elección:

B.1. Cobertura

Bajo esta modalidad la Compañía pagará por una sola vez el monto único señalado en las Condiciones Particulares. Con el referido pago se causará el término inmediato y automático de la cláusula adicional para dicho asegurado, liberando a la compañía de toda responsabilidad por los gastos que demande el tratamiento del asegurado afectado. En ningún caso la indemnización será mayor al monto contratado bajo esta modalidad.

B.2. Obligaciones del Asegurado

El asegurado para poder recibir los beneficios de esta cláusula adicional bajo la modalidad de libre elección, deberá cumplir estrictamente las siguientes normas:

a) Dar aviso por escrito a la compañía dentro de los 10 (diez) días siguientes a la fecha del diagnóstico del cáncer.

b) Proporcionar a la compañía aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al diagnóstico de la

enfermedad, todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder; autorizar a la compañía aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean; y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la compañía aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de éstos será de cargo de la compañía aseguradora.

El incumplimiento o el cumplimiento extemporáneo de las obligaciones establecidas en este artículo, hará perder el derecho al beneficio establecido en la presente cláusula adicional, salvo en caso de impedimento por fuerza mayor. En este último caso, el plazo de presentación se extenderá por el tiempo que dure el impedimento.

Si el asegurado decide hacer su tratamiento bajo la modalidad de libre elección, la cláusula adicional terminará automática e inmediatamente respecto del asegurado afectado y en ningún caso tendrá derecho a los beneficios establecidos bajo la modalidad señalada en la letra A) anterior.

Se cubrirán bajo esta modalidad las personas que presenten a la Compañía un cáncer debidamente diagnosticado, que hayan recibido con anterioridad a este diagnóstico pero estando vigente esta cláusula adicional, un tratamiento oncológico por causa de ese mismo cáncer o por cualquier otro distinto y no hubiesen hecho uso de la cobertura, y en aquellos casos en que el asegurado, con su cláusula adicional vigente y con un diagnóstico confirmado de cáncer, no haga uso de la cobertura en los términos señalados en la modalidad de la letra A) anterior.

ARTICULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

Atención en Libre Elección: Son todas aquellas atenciones y prestaciones médicas efectuadas por cualquier institución diferente a la señalada por la Compañía en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asegurados: Aquel a quien afectan los riesgos que se transfieren al Asegurador. Podrán ser asegurados de esta cláusula adicional, la persona que solicita la cobertura, su cónyuge, los hijos de ambos y también otras personas que el asegurado desee incorporar. No obstante la solicitud de incorporación será calificada por la

Compañía. Para poder asegurarse bajo esta cláusula adicional, las personas no deberán padecer de un cáncer al momento de solicitar la cobertura, no encontrarse en proceso de diagnóstico de cáncer, no haber sido tratadas, ni estar en tratamiento por alguna enfermedad neoplásica maligna y ocurrida con anterioridad a la contratación de esta cláusula adicional.

Carencia: Período durante el cual los asegurados no tienen derecho a percibir los beneficios de esta cobertura que se encuentra establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos por esta cláusula adicional que serán siempre de cargo del asegurado y cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 3: EXCLUSIONES

No estarán cubiertos por esta cláusula adicional:

a) Los gastos por concepto de medicamentos ambulatorios.

b) Los gastos por concepto de trasplantes.

c) Los gastos por concepto de tratamientos kinésicos.

d) Los gastos por concepto de consultas o tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

e) Los gastos por concepto de tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica.

f) Los gastos por concepto de enfermedades infecciosas comunes, funcionales u orgánicas no tumorales.

g) Los gastos por concepto de prótesis y las ortesis.

h) Los gastos por concepto de traslados en ambulancias o en cualquier otro medio de transporte.

i) Las personas que al momento de contratar la cláusula adicional, sufran o sean portadores del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o una infección oportunística. Con tal propósito, se entenderá por:

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile.

Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

j) Las personas que al momento de contratar la cláusula adicional sufran o sean portadoras del virus de Hepatitis B o C.

k) Las personas cuya historia clínica indique un diagnóstico o tratamiento oncológico previo a la incorporación a la cobertura de la cláusula adicional.

l) Las prestaciones otorgadas fuera de Santiago de Chile. Esta exclusión no se aplica en la modalidad de libre elección.

m) Los tratamientos experimentales o de investigación.

n) Los tratamientos de rehabilitación, de rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o los tratamientos de patologías benignas asociadas.

o) Los gastos originados por atención médica domiciliaria.

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

ARTICULO 4: CARENIA

Esta cobertura tendrá un período de carencia de tres meses contados a partir de su fecha de vigencia inicial o desde su rehabilitación o desde la incorporación de un asegurado. Por lo tanto, no estarán cubiertos por esta cláusula adicional los tratamientos de neoplasias malignas que ocurran o sean diagnosticadas durante el período antes indicado. En caso de encontrarse un asegurado en esta situación, la cláusula adicional terminará automáticamente para él.

Para efectos de las renovaciones, a partir del primer aniversario de esta cobertura, dicho período de carencia se dará por satisfecho.

El período de carencia para las personas que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cláusula adicional será de tres meses desde la fecha de su incorporación.

ARTÍCULO 5: DEDUCIBLE

La presente cláusula adicional estará afecta a un deducible de cargo del asegurado que será indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 6: EXTENSION DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

a) Por terminación anticipada del seguro principal.

b) Por rescate o transformación de la póliza en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados en ésta.

c) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional que contemple exoneración de pago de primas por invalidez o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cobertura, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en moneda corriente y al valor que tenga la moneda del seguro principal, al día de pago.

ARTICULO 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Al momento de contratarse la cláusula adicional, el asegurado por él y por las demás personas aseguradas deberá declarar por escrito al asegurador, todos los hechos y circunstancias, que permitan apreciar el riesgo y que puedan influir en las condiciones de esta cláusula adicional. El asegurador se reserva la facultad de exigir la comprobación de lo declarado.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los asegurados en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de lo anterior, transcurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

ARTÍCULO 8: EXCLUSIÓN ESPECIAL DE PREEXISTENCIAS

Además de las exclusiones generales señaladas en el Artículo 3, este adicional no cubrirá los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen por preexistencias.

Para estos efectos, se entenderá por preexistencia a aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, declaradas con anterioridad a la contratación del seguro, de la incorporación o de la rehabilitación, según sea el caso, y que quedan excluidas de cobertura.

En el proceso de contratación del seguro, de incorporación o de rehabilitación, según sea el caso, el asegurado declarará acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que conozca o le hayan sido diagnosticadas con anterioridad, cuando tal declaración le sea requerida por el asegurador.

Las Condiciones Particulares establecerán las enfermedades preexistentes declaradas por el asegurador o contratante que serán excluidas de cobertura o las condiciones bajo las cuales se les asegurará.

ARTICULO 9: DURACION DE ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional tendrá una duración de un año, contado desde la fecha de su vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de comunicación escrita dada a la otra parte, con a lo menos un mes de anticipación a la fecha del vencimiento de esta cláusula adicional.

Los asegurados que se encontraran en tratamiento, en caso de no renovación de esta cláusula adicional, continuarán recibiendo las prestaciones derivadas de esta cláusula adicional, hasta un plazo máximo de tres (3) meses contados desde la fecha de término.

ARTÍCULO 10: PAGO DE PRIMAS

La prima de esta cláusula adicional podrá ser ajustada, de acuerdo a la tarifa por edad vigente al momento del cumpleaños del asegurado respectivo. Adicionalmente la prima podrá ser ajustada anualmente al momento de la renovación del contrato conforme a los porcentajes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cualquier ajuste no previsto en las Condiciones Particulares, deberá ser informado por la Compañía al contratante con una anticipación de sesenta (60) días, teniendo el derecho el contratante de aceptar la modificación o renunciar a este adicional, lo cual deberá informar en un plazo de treinta (30) días. Si así no lo hiciere se entenderá que acepta la modificación de la prima de este adicional.

Deberá expresarse en la misma moneda que la del seguro principal de la cual es parte integrante, y pagarse en la misma forma y oportunidad de éste.

ARTÍCULO 11: IMPUESTOS

Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato, serán de cargo del contratante, salvo que por ley fuesen de cargo del asegurador.