

CLÁUSULA DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320220212

ARTÍCULO 1º: COBERTURA

Mediante el pago de la prima, y en las condiciones y términos que a continuación se establecen, la Compañía Aseguradora se obliga a pagar la suma asegurada señalada en el Condicionado Particular, en el evento que el Asegurado o sus asegurados dependientes designados en las Condiciones Particulares, durante la vigencia del seguro fuesen diagnosticados, por primera vez, de un Cáncer confirmado con un estudio histológico (biopsia positiva).

El monto de la indemnización, sus límites y su forma de pago será indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos del presente adicional y sus condiciones particulares, se entenderá por:

Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al Asegurador. Podrán ser asegurados de esta cláusula adicional, la persona que solicita la cobertura, su cónyuge, y los hijos de ambos, y también otras personas siempre que la Compañía así lo indique. 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.

Diagnóstico de Cáncer: Corresponde a la determinación en forma clara del proceso patológico que sufre el Asegurado. Esto incluye el tipo de cáncer, la localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación celular y la etapa clínica. Dicho Diagnóstico de Cáncer deberá constar con un Informe Anatomopatológico, que acredite tal diagnóstico. El asegurado deberá contar con un diagnóstico histológico comprobado de cáncer maligno (biopsia e informe anatomo patológico). Con todo, la institución designada por el asegurador podrá comprobar la validez del diagnóstico.

Informe Anatomopatológico: Se refiere a la documentación que da cuenta de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Anatomo Patológico bajo los términos de esta Póliza, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser original, fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe (médico especialista Anatomo patólogo, certificado). El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico e histoquímico/inmunohistoquímico de la biopsia.

Enfermedad Neoplásica Maligna: aquella que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y que no hubiese recibido ningún tipo de tratamiento ni diagnóstico con antelación a la contratación del seguro.

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.

ARTÍCULO 3º: EXCLUSIONES

- a) Diagnósticos realizados después del fallecimiento de los asegurados para esta cobertura.
- b) Diagnósticos realizados por médicos que sean familiares directos del asegurado (parientes consanguíneos o por afinidad en toda la línea recta y la colateral hasta el 6º grado inclusive).
- c) Cualquier forma de cáncer en presencia de la infección por el VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.
- d) Todos los tumores de comportamiento incierto o desconocido, los que se describen histológicamente como benignos, pre-malignos, limítrofes, de bajo potencial maligno o no invasivos, incluyendo la displasia cervical o en cuello uterino NIC1, NIC2 y NIC3.
- e) Las personas que al momento de contratar la cláusula adicional, sufran o sean portadores del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o una infección oportunista. 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 Oportunista 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).
- f) Las personas que al momento de contratar la cláusula adicional sufran o sean portadoras del virus de Hepatitis B o C.
- g) Las personas cuya historia clínica indique un diagnóstico o tratamiento oncológico previo a la incorporación a la cobertura de la cláusula adicional relacionado o no a aquél que motiva el siniestro que se declara en esta póliza.

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

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIÓN DE 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 la cobertura.

En el proceso de contratación del seguro, de incorporación o de rehabilitación, según sea el caso, el asegurador estará obligado a preguntar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades

que conozca el asegurado o le hayan sido diagnosticadas con anterioridad.

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

ARTÍCULO 5º: CARENIA

La cobertura que otorga esta cláusula adicional entrará en vigor una vez transcurrido el período de carencia completo e ininterrumpido señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde la vigencia inicial de la póliza, desde su rehabilitación o desde su incorporación como cláusula adicional si fuera contratada con posterioridad a la póliza principal.

ARTÍCULO 6º: 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 de la póliza principal.
- b) 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.
- c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla la edad de término de esta cláusula adicional señalada expresamente en las Condiciones Particulares, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

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 8º: AVISO DE SINIESTRO

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, se deberá dar aviso por escrito a la compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del diagnóstico comprobado de cáncer. Asimismo, se deberán presentar los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cláusula adicional o las Condiciones Generales de la póliza principal, y que digan relación con el riesgo cubierto bajo este adicional, hará perder los derechos del asegurado, salvo fuerza mayor, liberando a la compañía del pago de la indemnización que habría correspondido bajo este adicional.

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.

ARTÍCULO 10º: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para el pago de un siniestro por parte de la compañía aseguradora, contar con la certificación, emitida por un médico especialista del país, de un diagnóstico comprobado de cáncer, e informe(s) de la(s) biopsia(s) correspondiente(s) según la naturaleza del tumor, que confirme el diagnóstico clínico.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, y el asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro. El costo de estos exámenes y pruebas será de cargo de la compañía aseguradora.

Sin el cumplimiento de estos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar el pago por concepto de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 11º: TERMINO DE LA COBERTURA

El pago del beneficio contemplado en esta cláusula adicional pondrá término a ésta para ese asegurado.

ARTICULO 12º: REAJUSTE DE LA PRIMA

La prima de esta cláusula adicional podrá ser ajustada, de acuerdo a la tarifa por edad establecida en las Condiciones Particulares 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.