

POLIZA DE SEGURO ONCOLOGICO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 10 116

ARTICULO 1º MATERIA ASEGURADA

Mediante el pago de la prima y en las condiciones y términos que más adelante se establecen, el asegurador se obliga, en el evento de diagnosticársele clínicamente una enfermedad neoplásica maligna, cáncer primario, al asegurado, durante la vigencia de la póliza, a pagar por una sola vez al beneficiario señalado en las condiciones particulares de la póliza el monto único en ellas indicado.

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

Se podrá establecer en las Condiciones Particulares de la Póliza un periodo de carencia, si así lo determina la Compañía Aseguradora.

ARTICULO 2º COBERTURA

La compañía otorgará los beneficios que se indican en estas Condiciones Generales de acuerdo con las disposiciones, condiciones y limitaciones siguientes:

Si al asegurado le es diagnosticado un cáncer indemnizable bajo esta póliza, el pago al asegurado quedará sujeto a las siguientes condiciones:

- Que el diagnóstico de cáncer sea el primer diagnóstico de cáncer que se haya hecho al asegurado, y
- Que el diagnóstico sea posterior al período de carencia indicado en las condiciones particulares de la póliza, desde el inicio de vigencia de la póliza.

El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

ARTÍCULO 3º DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entenderá que:

3.1 Asegurado: La persona que figura como tal en las Condiciones Particulares y que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la misma.

3.2 Contratante: Es la persona natural o jurídica que suscribe el seguro con la Compañía Aseguradora y que figura como tal en las Condiciones Particulares.

3.3 Beneficiario: El beneficiario corresponde a la persona natural o jurídica individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

3.4 Carencia: Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual no existe derecho alguno a indemnización.

3.5 Cáncer Primario: La enfermedad neoplásica que no haya recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la cláusula. Entendiendo por dicha enfermedad neoplásica, 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.

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

3.7 Diagnóstico Clínico: Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.

3.8 Diagnóstico: 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.

3.9 Situaciones o Enfermedades Preexistentes: entendiéndose por tales cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza o dentro del período de carencia. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza. Este consentimiento no se aplicará a los seguros contratados a favor de los trabajadores o de afiliados a servicios de bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.

ARTICULO 4º EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre:

1. La leucemia linfática crónica
2. Cualquier clase de cáncer sin invasión e in-situ
3. Cáncer a la piel que no sea melanoma maligno
4. Enfermedades que no sean cáncer
5. Situaciones o Enfermedades Preexistentes de acuerdo a lo especificado en el punto 3.9 del presente condicionado
6. Una infección oportunista o neoplasma maligno (tumor), si al momento del diagnóstico el asegurado tuvo o tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o haya obtenido un resultado positivo a la prueba del virus VIH (virus inmunodeficiencia humano).

ARTÍCULO 5º: LÍMITE INDEMNIZATORIO

La responsabilidad de la Compañía Aseguradora está limitada a los montos y número de eventos señalados en las Condiciones Particulares respectivas.

ARTÍCULO 6º: VIGENCIA DE LA COBERTURA

La responsabilidad que el Asegurador asume por el presente contrato tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares, y desde que el Contratante y/o Asegurado manifieste su voluntad de incorporarse al seguro.

ARTÍCULO 7º: TÉRMINO DE LA COBERTURA

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente y sin necesidad de aviso por escrito al asegurado por parte de la Compañía, cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) Pérdida de la condición de Asegurado, de conformidad con los términos previstos en este contrato.
- b) Por no pago de la prima estipulada en las Condiciones Particulares.
- c) Por el evento de sufrir el riesgo asegurado.

ARTÍCULO 8°: VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La vigencia y renovación de esta póliza se precisará en sus respectivas Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 9° DECLARACIONES DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones del contratante y/o asegurado, constituyen condición de validez del contrato de seguro, de modo que cualquiera reticencia suya o declaración falsa, fraudulenta o inexacta que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir una modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para poner término anticipado al contrato o rechazar el pago de la indemnización reclamada, y en ambos casos, a retener el valor de la prima pagada.

Si el contratante y/o asegurado no cumpliera las condiciones de la presente póliza; si impidiese o dificultase la comprobación de las pérdidas; si ocultase documentos y demás pruebas para la investigación y comprobación de los hechos, o si mediante culpa, dolo o negligencia, declarada judicialmente, del mismo asegurado, de los individuos de la familia, de personas que con él convivan o de él dependan, resultase probado que el siniestro fue provocado o facilitado, el beneficiarios perderá todo derecho a indemnización, sin que puedan pretender en forma alguna la reparación del daño.

ARTÍCULO 10°: COMUNICACIONES

Las comunicaciones entre las partes deberán ser escritas mediante carta u otro medio fehaciente y dirigidas al domicilio de ellas indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

No obstante lo anterior, las partes podrán poner en conocimiento de la otra su respectivo domicilio en documento distinto conforme se indique en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 11°: REHABILITACION

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado por falta de pago, el Asegurado podrá solicitar personalmente su rehabilitación, en un plazo máximo de un año desde la fecha de término. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones necesarias para ser readmitido como tal. La Compañía se reservará el derecho de aceptar la rehabilitación.

Una vez rehabilitada, podrá existir un período de carencia, el cual se determinará de acuerdo a lo estipulado en las condiciones particulares del seguro.

ARTÍCULO 12º: PAGO DE PRIMAS

El pago de las primas deberá hacerse en el lugar o forma en que el Asegurador designe, dentro de los plazos y por los montos estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 13º: RESOLUCIÓN DE CONTRATO POR NO PAGO DE PRIMA

La Compañía podrá en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, reajustes o intereses, declarar resuelto el contrato mediante carta dirigida al domicilio que el Contratante y/o Asegurado haya señalado en la póliza.

La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha de envío de la carta, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo, sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado recayera en día sábado, domingo o festivo, se entenderá para el primer día hábil inmediatamente siguiente que no sea sábado.

Mientras la resolución no haya operado, la Compañía Aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva carta que así lo comunique a la persona que contrató el seguro y dirigida al domicilio antes aludido en esta cláusula.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada y de sus reajustes e intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

ARTÍCULO 14º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El monto asegurado y las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en la moneda o en la unidad reajutable, autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, señalada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 15º: TÉRMINO ANTICIPADO DEL SEGURO

El Asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía Aseguradora, en este caso no se le devolverá la prima pagada durante el tiempo que estuvo Asegurado.

La Compañía Aseguradora, a su vez, podrá poner término al contrato en cualquier época. En este caso deberá avisar al Asegurado mediante carta certificada dirigida a su domicilio indicado en la póliza y la terminación tendrá lugar una vez transcurrido el plazo de 10 días contados desde la fecha de expedición del aviso.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

ARTÍCULO 16°: SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

Producido un siniestro, el asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía dentro del plazo máximo señalado en las Condiciones Particulares. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente póliza, salvo en caso de fuerza mayor.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del siniestro se individualizarán en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro que estime necesario para realizar esta liquidación.

ARTÍCULO 17°: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o los Asegurados, según corresponda, y la Compañía Aseguradora en relación al contrato de seguros de que da cuenta esta póliza, o con motivo de una interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador nombrado de común acuerdo por las partes.

Si los interesados no se pusieren de acuerdo respecto de la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante lo anterior, el Asegurado podrá por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior al límite establecido para estos efectos, en el D.F.L. 251 de 1931.

ARTÍCULO 18°: DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, las partes fijan como domicilio especial la comuna y ciudad de Santiago y prorrogan la competencia para ante los tribunales con jurisdicción sobre dicha comuna, en términos tales que incluso la designación del árbitro que conocerá de eventuales disputas entre las partes deberá ser también designado por tribunales ordinarios con asiento en dicha comuna