

## PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170050

### **ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO.**

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado o el Beneficiario.

La presente Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado a solicitud de la Compañía, y en base a la información que ha entregado la Compañía al Asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente Póliza.

La presente Póliza genera derechos y obligaciones tanto para el Asegurado como para la Compañía. Si el Contratante y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

### **ARTÍCULO 2: COBERTURA.**

En virtud de este seguro y en las condiciones y términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Compañía cubrirá los daños señalados en la presente Póliza en la forma y hasta los límites establecidos en las Condiciones Particulares de ésta, siempre que el siniestro se iniciare durante la vigencia de la misma. Adicionalmente por cada diagnóstico comprobado de cáncer, la Compañía pagará una indemnización al Asegurado siniestrado, cuyo monto, ocurrencia y forma de pago se encuentran señalados en las condiciones particulares de la presente Póliza. El derecho a la indemnización señalado en el párrafo anterior, no procederá si el Diagnóstico de Cáncer es consecuencia de otro anterior cubierto por la Póliza.

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por daños cubiertos, las prestaciones médicas realizadas al Asegurado e indicadas por el Prestador, con motivo de prestaciones otorgadas a consecuencia del Tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, que se presente en los Asegurados de esta Póliza y que se encuentre cubierta por ésta de acuerdo a las cláusulas siguientes, y que los referidos gastos se realicen por intermedio del Prestador que la Compañía determine en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dichos daños serán cubiertos siempre que cumplan los siguientes requisitos copulativos:

- Que la prestación cuyo gasto se solicita indemnizar derive directamente de un cáncer diagnosticado durante la vigencia de la Póliza;
- Que el gasto corresponda a prestaciones derivadas de enfermedades no excluidas en la presente Póliza de seguro.

La Compañía podrá establecer la forma de indemnizar de acuerdo a lo establecido en el artículo 563 del Código de Comercio, pudiendo pagar las sumas indemnizadas directamente al Prestador determinado por ésta.

Luego de haber utilizado el sistema previsional de salud, sea ISAPRE o FONASA, la Compañía cubrirá

exclusivamente los siguientes gastos efectivamente incurridos y hasta los límites definidos en las Condiciones Particulares:

- a) Aquellos gastos necesarios para corroborar un Diagnóstico de Cáncer ya determinado y diagnosticado por medio de una biopsia con Informe Anátomo Patológico, de cargo del Asegurado, y presentado en la Compañía dentro de los plazos fijados, comprendiendo consulta médica especializada, Hospitalización, intervención quirúrgica y exámenes complementarios que sean necesarios a juicio del Prestador designado por la Compañía.
- b) Todos los honorarios profesionales por consultas, procedimiento clínicos, intervenciones quirúrgicas, mientras correspondan a honorarios, procedimientos e intervenciones realizadas e indicadas por el Prestador señalado por la Compañía.
- c) Gastos provenientes del Tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, indicadas por el Prestador, incluyendo y sin ser taxativa su enunciación los gastos en cirugía, quimioterapia y/o radioterapia.
- d) Gastos provenientes de las hospitalizaciones que sean indicadas por el Prestador a través del Médico tratante designado por éste y que se efectúen en la clínica que él disponga. La cobertura de gastos de Hospitalización comprenderá los días cama, el derecho a pabellón y los gastos por concepto de medicamentos e insumos en que se incurra durante la Hospitalización.
- e) Los gastos por concepto de drogas antineoplásicas, indicadas por el Prestador.
- f) Gastos provenientes de la observación de la evolución del Tratamiento, incluyendo las consultas y procedimientos clínicos necesarios, indicadas por el Prestador.

### **ARTÍCULO 3: DEFINICIONES.**

- 1. Asegurado:** Es toda persona que debidamente aceptada como tal por la Compañía se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Podrán ser Asegurados de esta Póliza un Asegurado Titular y además, como Asegurados Dependientes, su cónyuge, conviviente civil, y/o hijos, sin perjuicio de que en las Condiciones Particulares de esta Póliza se incorporen como Asegurados dependientes personas distintas a éstos.
- 2. Ciclo de Quimioterapia:** Corresponde a la administración de un conjunto de drogas en forma repetida, con una secuencia y número de veces previamente establecido en una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista.
- 3. Compañía:** Es la entidad Aseguradora cuya Póliza de seguro selecciona el Contratante, tomando de su cuenta el riesgo.
- 4. Contratante:** Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 5. Deducible:** Es la estipulación por la que asegurador y Asegurado acuerda en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
- 6. 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 Anátomo Patológico, que acredite tal diagnóstico.

**7. Edad Actuarial:** Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo del Asegurado, ya sea pasado o futuro, en una determinada fecha.

**8. Enfermedad Preexistente:** Es cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situaciones de salud en general que afecten al Asegurado, diagnosticada al Asegurado o conocido el diagnóstico por quien contrata en su favor con anterioridad a la fecha de contratación de una determinada cobertura.

**9. Hospitalización:** Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común y que utilice a lo menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicho establecimiento.

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

**11. Informe Anátomo Patológico:** Se refiere a la documentación que da cuenta de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Anátomo 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 Anátomo patólogo, certificado). El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico e histoquímico/inmunohistoquímico de la biopsia.

**12. Período de Gracia:** Es el período de tiempo, señalado en las condiciones particulares, durante el cual la Póliza permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante la Prima convenida. Dicho plazo se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Si el Asegurado fallece durante este período se deducirá del Capital Asegurado a pagar la Prima vencida y no pagada.

**13. Póliza:** Corresponde al documento justificativo del seguro.

**14. Prestador:** Corresponde a la o las instituciones designada(s) por la Compañía en las Condiciones Particulares de la Póliza, destinada(s) a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta Póliza. La Compañía podrá designar nuevos Prestadores así como revocar designaciones de éstos durante toda la vigencia de la Póliza.

**15. Prima:** Es la retribución o precio del seguro y en este caso corresponde a la suma de dinero que el Contratante se compromete a pagar a la Compañía. Su monto, periodicidad y forma de pago se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**16. Tratamiento:** Es la planificación y ejecución de un conjunto de acciones médicas efectuadas a un paciente, con el propósito de curar una enfermedad determinada.

**17. Tratamiento de Quimioterapia:** Es la planificación y ejecución de un conjunto predeterminado de ciclos de quimioterapia efectuados a un paciente en un tiempo determinado, con el propósito de curar una enfermedad de cáncer.

#### **ARTÍCULO 4: DEDUCIBLE.**

Para efectos de la cobertura entregada se aplicará un Deducible de acuerdo a los montos definidos en las condiciones particulares de esta Póliza.

## **ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES.**

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los daños susceptibles de ser indemnizados cuando se trate de gastos que provengan o se originen por:

- (a) Enfermedades Preexistentes, sus consecuencias y complicaciones;
- (b) Diagnóstico de Cáncer: biopsia e Informe Anátomo Patológico;
- (c) Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, estéticos, kinésicos o de rehabilitación;
- (d) Tratamientos que no tengan como finalidad la cura de la enfermedad;
- (e) Tratamientos paliativos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica;
- (f) Tratamientos, procedimientos y/o estudios y/o protocolos de tipo experimental o de investigación clínica, que corresponden a esquemas de Tratamiento no habituales, fuera de las recomendaciones de Tratamiento con niveles de evidencia I o II del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para los diferentes cánceres y sus estados clínicos; o que no cuenten con autorización del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP);
- (g) Cualquier tipo de prótesis y órtesis;
- (h) Trasplantes;
- (i) Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino;
- (j) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y/o Hepatitis B ó C;
- (k) Gastos por concepto de medicamentos ambulatorios;
- (l) La rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o Tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas;
- (m) Atención y Hospitalización médica domiciliaria;
- (n) Gastos provenientes de prestaciones otorgadas en otras instituciones que no sean las designadas por la Compañía, ni tampoco las que sean indicadas por profesionales no autorizados por ella;
- (o) Traslados en ambulancia o en cualquier medio de transporte.

## **ARTÍCULO 6: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.**

El Asegurado estará obligado a: (i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo; y (ii) pagar la Prima en la forma y época pactadas. Si el Contratante y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Sin perjuicio de lo anterior, para obtener los beneficios de esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir los siguientes requisitos copulativos:

- a) Contar con un Diagnóstico de Cáncer ya comprobado acreditado con el Informe Anátomo Patológico correspondiente, conforme a lo señalado en el artículo 3 número 11 de la presente Póliza, que es de cargo del Asegurado.
- b) Informar tal circunstancia a la Compañía, completando y firmando los formularios proporcionados para tal efecto.
- c) Concurrir, previa cita, al Prestador designado por la Compañía para ser atendido.
- d) Cumplir cabalmente las indicaciones médicas y administrativas del Prestador.
- e) Asistir regularmente a todos los controles que le indique el Prestador.

#### **ARTÍCULO 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.**

En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, de conformidad con los requisitos y formalidades requeridas para el efecto por la normativa legal y administrativa vigente.

Dado lo anterior, el Asegurado deberá informar detalladamente a la Compañía lo que ésta le requiera acerca de todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos respondiendo los cuestionarios que la Compañía le presente, describiendo las patologías preexistentes y/o en estudio y someterse a los exámenes médicos que le sean requeridos. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía.

Si el siniestro no se ha producido y el Contratante y/o el Asegurado según corresponda, hubiera incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el Asegurado no revisten alguna de dichas características, la Compañía 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 de la Compañía o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la Compañía quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo indicado precedentemente y, en caso contrario, 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.

Estas sanciones no se aplicarán si la Compañía, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

#### **ARTÍCULO 8: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.**

La duración de esta Póliza es de un año, contado desde la fecha de vigencia inicial de la Póliza señalado en las Condiciones Particulares, plazo que será renovado automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año, si ninguna de las partes informa por escrito a la otra su intención de no renovar la Póliza con una anticipación mínima de (30) días a la fecha de la correspondiente renovación.

Asimismo, la Compañía podrá proponer nuevas condiciones en cuanto a las Primas con una anticipación mínima de (30) días a la fecha de la correspondiente renovación, cuya aceptación podrá ser manifestada a través de los medios señalados en el Artículo 13 de las presentes condiciones generales provocando la renovación de la Póliza de acuerdo a las nuevas condiciones. De no ser aceptados los términos propuestos por la Compañía por parte del Contratante de la manera señalada, se producirá el término de la Póliza al momento de cumplirse el correspondiente período de vigencia.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de no renovación de la Póliza o en caso de término anticipado de la Póliza, los daños que afecten a Asegurados que se encontraran en Tratamiento cubiertos, serán indemnizados hasta un plazo de seis (6) meses contados desde la fecha de término de la Póliza.

#### **ARTÍCULO 9: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.**

La Prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía o en los lugares que ésta designe, de acuerdo a la periodicidad escogida por el Contratante que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Si el Contratante incurre en mora o simple retardo en el pago de la Prima, la Cobertura se mantendrá vigente por el Período de Gracia señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En el caso que, transcurrido dicho período, el Asegurado no hubiera pagado la Prima, se producirá el término del contrato de seguro de acuerdo a lo señalado en el Artículo 10, número 2 letra (a) de estas Condiciones Generales.

#### **ARTÍCULO 10: TERMINACIÓN.**

##### **1. Respecto a la Cobertura:**

La cobertura otorgada en la presente Póliza, terminará anticipadamente de forma automática con respecto a cada Asegurado, al momento de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

- a) En caso que un Asegurado se someta a un Tratamiento a raíz de un Diagnóstico de Cáncer en otras instituciones que no sean las designadas por la Compañía, o que abandone el Tratamiento indicado por el Prestador.
- b) En caso que la Compañía tome conocimiento de la existencia de un Diagnóstico de Cáncer previo a la contratación del seguro, que no haya sido informado a la Compañía.
- c) En caso que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) Por fallecimiento del Asegurado.

##### **2. Respecto a la Póliza:**

- a) En el caso que, previo aviso de la Compañía en los términos del artículo 528 del Código de Comercio y transcurrido el Periodo de Gracia, el Asegurado no pague la Prima convenida.
- b) En caso que la Compañía decida poner término de acuerdo a lo indicado en el inciso tercero del Artículo 7 de estas Condiciones Generales.

c) En caso de verificarse la situación señalada en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte un cambio de moneda o unidad del contrato; o,

d) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el Asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la Prima pagada no ganada por la Compañía correspondiente al tiempo no corrido.

En caso de producirse el término del contrato de seguro por las causas señaladas en el número 2 letras (b) o (c) de este Artículo 10, el contrato de seguro expirará en un plazo de treinta (30) días desde que la Compañía le haya enviado la comunicación al Contratante.

#### **ARTÍCULO 11: MONEDA DEL CONTRATO.**

Todos los valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El valor de la moneda extranjera, Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se considerará para el pago de las Primas e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la Póliza, conforme lo establecido en el artículo 10 de estas Condiciones Generales.

#### **ARTÍCULO 12: CESIÓN POR CAMBIO DE CONTRATANTE.**

El Contratante podrá ceder a terceros la Póliza de seguro, siempre que haya interés asegurable entre la persona que se le cederá la Póliza y los asegurados de la misma. Dicha cesión, sólo podrá efectuarse respecto de la condición de Contratante de la Póliza. Esta modificación podrá ser solicitada por los procedimientos y medios que la Compañía ponga a disposición del Contratante.

En caso que el fallecimiento del Contratante ocurra antes que el fallecimiento del Asegurado Titular, siendo éstos distintos, el Asegurado Titular asumirá el rol de Contratante de la Póliza, adquiriendo sus atribuciones y obligaciones respectivas.

#### **ARTÍCULO 13: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

#### **ARTÍCULO 14: DENUNCIA DE SINIESTROS.**

Los interesados en la cobertura deberán notificar a la Compañía, tan pronto como sea posible, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, debiendo acreditar la ocurrencia del mismo declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias presentando los documentos exigidos en el artículo 6 precedente.

La Compañía evaluará los hechos denunciados a objeto de establecer si contractualmente el siniestro se encuentra cubierto por el seguro. Para ello podrá requerir de los interesados, los antecedentes que precise.

La liquidación del siniestro se sujetará a las normas impartidas por la Superintendencia de Valores y Seguros referidas a dicha materia.

#### **ARTÍCULO 15: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.**

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando mismo surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en 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. En las disputas entre el Asegurado y la Compañía que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 Unidades de Fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

#### **ARTÍCULO 16: DOMICILIO.**

Para todos los efectos derivados del presente contrato de seguro las partes fijan como domicilio especial el que se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

#### **ARTÍCULO 17: CLÁUSULAS ADICIONALES.**

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta Póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la Póliza.