

SEGURO DE SALUD ONCOLÓGICO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320240075

ARTICULO 1º. REGLAS APLICABLE 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 beneficiario.

ARTICULO 2º. COBERTURA.-

La Compañía Aseguradora pagará de una sola vez la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, si, durante la vigencia del seguro y una vez transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares, al asegurado se le diagnostica clínicamente por primera vez un cáncer, según las definiciones, términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

Para los efectos de esta cobertura el diagnóstico de cáncer que se produzca luego de transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior de un asegurado que hubiera padecido previamente cáncer, se entenderá como un primer diagnóstico de cáncer y le habilitará, sujeto al cumplimiento de los demás requisitos y condiciones que establece la póliza, para gozar de la indemnización respectiva.

Se entiende por Cáncer, la enfermedad 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, incluyendo la enfermedad de Hodgkin, leucemia, y carcinoma "in situ".

ARTICULO 3º. EXCLUSIONES.-

Esta póliza no cubre:

- a) Ninguna enfermedad o accidente que no sea cáncer;
- b) El cáncer cérvico uterino in situ.
- c) El cáncer a la piel, con excepción del melanoma maligno.

ARTÍCULO 4º. BENEFICIARIOS.-

El beneficiario de esta póliza será el Asegurado individualizado en las Condiciones Particulares. No obstante lo anterior, en caso de fallecer el asegurado antes del pago del siniestro, y en caso que ello corresponda, el monto asegurado será pagado a los herederos legales.

ARTÍCULO 5º. CARENCIA.-

Es un período de tiempo establecido en estas Condiciones Generales y/o Condiciones Particulares contado desde el inicio de la vigencia de esta póliza, o de su rehabilitación o de la incorporación de los asegurados a

ella si correspondiera, durante el cual el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza.

ARTÍCULO 6°. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, y demás deberes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, las obligaciones del asegurado aplicables en este seguro son las siguientes:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 3) Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
- 4) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidos por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTICULO 7°. DECLARACIONES DEL ASEGURADO.-

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador en los formularios de contratación dispuestos para ello, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Con tal objeto el asegurador podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, 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 diez 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 treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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 de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, 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.

Conforme lo dispone el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 8°. VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.-

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima acordadas con el contratante.

En caso de pactarse su renovación automática, ella se verificará por períodos iguales y sucesivos a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través del envío de una carta certificada, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de la Póliza.

Si así se estipulare en caso de renovación automática de la póliza, el monto de la prima podrá determinarse de acuerdo a la tabla de primas por rango de edad contenida en las Condiciones Particulares.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los diagnósticos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 9°. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS.-

En caso de que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 2° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTICULO 10°. PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS.-

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Pago de la Prima.

La obligación de pagar la prima le corresponderá al Contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. La prima se pagará en las formas y en los lugares que la Compañía designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante o del asegurado según corresponda.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía Aseguradora.

La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el

Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro por falta de pago de la prima.

b) Plazo de Gracia.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Término Anticipado del Contrato.

Producido el no pago de la prima en la fecha estipulada o al vencimiento del plazo de gracia se producirá la terminación del contrato o de la cobertura contratada según corresponda. De conformidad a lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio, dicha terminación se verificará a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

En ningún caso el pago y recepción de la prima por parte de la Compañía después de haber terminado la cobertura individual correspondiente a esta póliza o a cualquiera de sus cláusulas adicionales que se hubieren contratado dará derecho al pago del beneficio asociado a la cobertura principal o las cláusulas adicionales. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado Titular o al Contratante según corresponda en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de la devolución efectiva.

Sin perjuicio de lo anterior, si la póliza fuese suscrita en forma colectiva, el asegurador, a través del contratante, deberá notificar a los asegurados de cualquier modificación en las tarifas aplicables a esta cobertura, las que sólo podrán aplicarse y regir a contar de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la notificación. Si el Asegurado así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 11°. DENUNCIO DE SINIESTROS.-

El Asegurado o el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora en el plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha en que se le haya diagnosticado un cáncer que pueda ser motivo de indemnización. Si el plazo aquí estipulado no fuere cumplido, cesará la obligación de la Compañía Aseguradora de pagar la indemnización del seguro, salvo que el Asegurado demuestre fehacientemente que le fue imposible hacerlo debido a fuerza mayor o caso fortuito, en cuyo caso el plazo se contará desde que cese el impedimento que se hubiere demostrado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del primer diagnóstico del cáncer, para lo cual el Asegurado deberá proporcionar los antecedentes que sean necesarios para evaluar la cobertura así como dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Compañía Aseguradora.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda al pago definitivo de los beneficios correspondientes por parte de la compañía, el Contratante o el Asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente la póliza o cobertura individual, según corresponda.

ARTÍCULO 12º: TERMINACIÓN.-

I. La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubiere, terminarán para un asegurado en particular en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el asegurado titular o sus asegurados dependientes, según corresponda, cumplan la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares.
- b) Por fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de éste.
- c) Cuando el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, de conformidad a lo establecido en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- d) Cuando el asegurado a sabiendas presentare reclamaciones de siniestros mediando información sustancialmente falsa en los términos del artículo 539 del Código de Comercio. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- e) En caso de verificarse un diagnóstico de cáncer del asegurado titular durante el periodo de carencia. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- f) En caso de que se tome conocimiento de que el asegurado titular no haya declarado al momento de contratar el seguro, para si o para sus asegurados dependientes, la existencia de una patología oncológica respecto de la cual no hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- g) Por falta de pago de la prima del asegurado o del contratante en los términos del artículo 10º de estas condiciones generales, caso en el cual también se excluyen sus asegurados dependientes.

En los casos descritos en las letras a), b), c), d), e) y f) cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular excluido.

II. Asimismo, la póliza quedará sin efecto en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha de término de vigencia de la póliza señalada en las Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, de acuerdo a las condiciones de renovación de vigencia establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) En caso de que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 13 siguiente;
- c) Si el Contratante cae en insolvencia o es declarado en quiebra; o si el Contratante inicia o se inicia en su contra un procedimiento no voluntario de quiebra o de liquidación; o si el Contratante inicia cualquier otro procedimiento destinado a liquidar sus bienes por insolvencia; o si se ha iniciado respecto al Contratante un procedimiento de convenio extrajudicial, o un convenio preventivo o judicial de quiebra, de acuerdo a la Ley

de Quiebras chilena o de cualquiera otra jurisdicción.

En el caso de término anticipado del contrato por las causales descritas en las letras b) y c) de este artículo, la Compañía Aseguradora, conforme al Artículo 14 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado a las coberturas contratadas en el contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo 14.

ARTÍCULO 13°. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.-

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable 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 de seguros, dentro de los 10 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 14°. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.-

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 15°. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.-

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, 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 mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes al momento de surgir una 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 ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador 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.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

ARTÍCULO 16°. DERECHO DE RETRACTO.-

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, si el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de 10 días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado. Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguros cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el párrafo precedente. ARTÍCULO 17. DOMICILIO.-

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.