

CLÁUSULA ADICIONAL DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320240018

Artículo 1: Cobertura y/o Materia Asegurada.

En virtud de esta cláusula adicional, el Asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones que más adelante se detallan, hasta los límites de capital y plazo establecidos en las Condiciones Particulares de ésta, siempre que el siniestro se iniciare durante la vigencia de la presente cobertura y hubiere transcurrido la carencia indicada en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cláusula adicional, se entenderá por prestaciones cubiertas, los gastos efectivos incurridos por el Asegurado a consecuencia del tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, siempre que dichas prestaciones se encuentren expresamente detalladas en la cláusula adicional y se otorguen por intermedio del Prestador que el Asegurador determine en las Condiciones Particulares, en la ciudad de Santiago de Chile.

El tratamiento estará cubierto siempre que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:

- Que la prestación cuyo gasto se solicita indemnizar derive directamente de un cáncer diagnosticado durante la vigencia de la cláusula adicional;
- Que el cáncer haya sido diagnosticado a través de un informe anátomo patológico, según se define en el artículo 2 numeral 9 siguiente, y con posterioridad al período de carencia señalado en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.
- Que el gasto corresponda a prestaciones derivadas de enfermedades no excluidas de la cobertura regulada en la presente cláusula adicional, con arreglo al Artículo 4 siguiente.

El tratamiento será brindado a través del prestador indicado por el Asegurador. 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 cobertura a que se refiere esta cláusula adicional ha sido contratada en consideración a la institución prestadora de los servicios médicos que designa el Asegurador en forma previa al tratamiento, con lo cual el asegurado ha consentido al momento de la suscripción de aquella.

El Asegurado deberá cumplir con las indicaciones clínicas, terapéuticas y administrativas que le señale el prestador indicado por el Asegurador, quedando facultado este último para poner término a la entrega de las prestaciones amparadas por esta cláusula si así no se hiciera.

Serán de cargo del Asegurador los gastos efectivos en la institución designada por la Entidad Aseguradora, hasta los límites señalados en las Condiciones Particulares, provenientes exclusivamente de:

- a) Aquellos gastos necesarios para corroborar un Diagnóstico de Cáncer ya determinado y diagnosticado y presentado al Asegurador dentro de los plazos fijados, comprendiendo consulta médica especializada, hospitalización, intervención quirúrgica y exámenes complementarios que sean necesarios a juicio del Prestador

designado por el Asegurador.

- b) Gastos provenientes del tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, incluyendo, y sin ser taxativa su enunciación, los gastos en cirugía, quimioterapia y/o radioterapia.
- c) 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 el 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.
- d) Los gastos por concepto de drogas antineoplásicas.
- e) Gastos provenientes de la observación de la evolución del tratamiento, incluyendo las consultas y procedimientos clínicos necesarios.

No estarán cubiertos los gastos provenientes de prestaciones otorgadas en otras instituciones que no sean las designadas por la Entidad Aseguradora, ni tampoco las que sean indicadas por profesionales no autorizados por ella.

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 (sólo en el caso de personas adheridas a Fonasa en los tramos B, C o D). Por tanto, esta cláusula opera como complemento de la cobertura económica del sistema previsional del asegurado, privado o estatal (Fonasa B, C o D).

El Asegurado, no podrá tener una edad superior a la edad máxima de incorporación al momento de contratar este seguro.

Artículo 2: Definiciones.

1. Asegurado: Aquel a quien afectan los riesgos que se transfieren al Asegurador y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de ésta.
2. Carencia: Es el período establecido en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia o de su rehabilitación, en el cual está vigente el contrato no obstante no encontrarse vigente la cobertura contenida en la presente cláusula adicional. Esta última comenzará a regir sólo una vez que haya transcurrido dicho período. En virtud de lo anterior, el Asegurador no reembolsará los gastos incurridos por el asegurado a causa de un diagnóstico de cáncer emitido dentro del período de carencia.
3. Asegurador: Es la entidad aseguradora que se obliga a tomar de su cuenta el riesgo indicado en la presente cláusula adicional, mediante el otorgamiento de las coberturas pactadas con el Contratante a favor del Asegurado señalado en la misma.
4. Contratante: Es la persona natural o jurídica que ha celebrado este contrato de seguro con el Asegurador, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y

cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

5. 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.
6. 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. No se considerará preexistente el cáncer cuando hayan transcurrido a lo menos cinco años desde la finalización del tratamiento radical de dicho cáncer sin recaída posterior.
7. 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.
8. 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, 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.
9. Informe Anátomo Patológico: Se refiere a la documentación que da cuenta de resultados de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Anátomo Patológico bajo los términos de esta cláusula adicional, 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.
10. Período de Gracia: Es el plazo durante el cual la cláusula adicional permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante el costo de la cobertura convenido. Dicho plazo se indica en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional y se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. En el caso que durante este período se cobre algún beneficio, se deducirá previamente del capital a pagar el costo de la cobertura vencido y no pagado.
11. Prestador: Corresponde a la o las instituciones designadas por la Entidad Aseguradora en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional, destinadas a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta cláusula adicional. El Asegurador podrá designar nuevos Prestadores así como revocar designaciones de éstos durante toda la vigencia de la cláusula adicional.
12. Ciclo: Corresponde a cada una de las sesiones que se realizan durante un tratamiento de radioterapia o de quimioterapia.

13. Tratamiento: Es la planificación y ejecución de un conjunto de acciones médicas efectuadas a un paciente, con el propósito de curar una enfermedad determinada.
14. Tratamiento de Cirugía: Corresponde a la extirpación del tumor y del tejido circundante durante una intervención quirúrgica.
15. Tratamiento de Radioterapia: Corresponde a un conjunto de ciclos de radiaciones efectuados a un paciente, conforme a una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista, a objeto de destruir las células cancerosas.
16. Tratamiento de Quimioterapia: Corresponde a la administración de un conjunto de drogas en forma repetida, con una secuencia y número de ciclos previamente establecido en una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista.
17. Tratamiento Radical: Corresponde al tratamiento que tiene por objetivo erradicar completamente la enfermedad de cáncer. El tratamiento radical del cáncer puede incluir la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y/o la radiación externa.
18. Edad Máxima de Incorporación: Es el número máximo de años de edad, expresado en las Condiciones Particulares y en el Formulario en que deberá contenerse la propuesta, que puede tener una persona para incorporarse a esta cláusula adicional.

Artículo 3: Carencia.

Esta cobertura tiene un período de carencia a partir del inicio de vigencia de la cláusula adicional o desde su rehabilitación, el cual se determina en las Condiciones Particulares de ésta. En virtud de lo anterior, la cobertura contenida en la presente cláusula adicional comenzará sólo una vez que haya transcurrido dicho período. Por lo tanto, no estarán cubiertos por esta cláusula adicional los tratamientos de neoplasias malignas que 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, no así en caso de rehabilitación o revalidación, a partir del primer aniversario de esta cobertura, dicho período de carencia se dará por satisfecho.

Artículo 4: Exclusiones.

La presente cláusula adicional no cubre las prestaciones cuando se trate de gastos que provengan o se originen por:

- (a) Atención a personas cuya historia clínica indique un diagnóstico o tratamiento oncológico previo a la fecha de incorporación a la cobertura de la cláusula adicional, a menos que hayan transcurrido cinco años o más desde la finalización del tratamiento radical de dicho cáncer y sin recaída posterior;
- (b) Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, estéticos, kinésicos o de rehabilitación;
- (c) Atención y/o hospitalización médica domiciliaria.

(d) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica;

(e) Tratamientos 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;

(f) Cualquier tipo de prótesis y órtesis;

(g) Trasplantes;

(h) Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino;

(i) Prestaciones que deban efectuarse a personas que al momento de la suscripción del seguro sufran o sean portadoras del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) o padezcan de Hepatitis B o C.

(j) Gastos por concepto de medicamentos ambulatorios, kinésicos o de rehabilitación;

(k) La rehabilitación de efectos secundarios al cáncer y/o tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas.

(l) Los tratamientos experimentales o de investigación.

(m) Las prestaciones otorgadas fuera de Santiago de Chile.

Artículo 5: Obligaciones del Asegurado.

El Asegurado estará obligado a:

(i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar y apreciar la extensión del riesgo; y

(ii) pagar el costo de la cobertura en la forma y época pactada si el Contratante no lo hace.

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 Maligno (biopsia e informe anátomo patológico) ya comprobado acreditado con el informe correspondiente, conforme a lo establecido en el artículo 2 número 9 de la presente cláusula adicional.

b) Informar tal circunstancia a la Entidad Aseguradora completando y firmando los formularios proporcionados para tal efecto.

c) Concurrir, previa cita, al Prestador designado por el Asegurador para ser atendido.

d) Cumplir cabalmente las instrucciones del Prestador.

e) Asistir regularmente a todos los controles que le indique el Prestador.

Artículo 6: Declaraciones del Asegurado.

La veracidad de las declaraciones hechas por el Contratante y/o Asegurado en la propuesta de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando este corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

El contrato de seguro es nulo si el Asegurado o el Contratante en su caso, a sabiendas, proporciona al Asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el artículo 5 precedente, contenida en la propuesta o en los documentos anexos a ella. En dichos casos, pronunciada la nulidad del seguro, el Asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal.

Por su parte, y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el Contratante (o el Asegurado, según corresponda), hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo a la indicado en el artículo 9 precedente, este último podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes del Contratante (o del Asegurado, en su caso) 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 Contratante y/o Asegurado rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días corridos contados desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá luego de un plazo de treinta días corridos contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar el capital base asegurado si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al párrafo anterior; y en caso contrario, tendrá derecho a rebajar el capital base asegurado 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 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.

Artículo 7: Vigencia y Duración de la cobertura.

La duración de esta cláusula adicional es de un año, contado desde la fecha de vigencia inicial de la cláusula adicional, la cual será renovada 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 cláusula adicional con una anticipación mínima de sesenta (60) días a la fecha de la correspondiente renovación.

El inicio de vigencia y el plazo de duración del seguro serán indicados en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional.

Sin perjuicio de lo anterior, y no obstante que tanto el Asegurador como el Asegurado tienen plenas atribuciones para impedir la renovación automática de esta cláusula adicional en conformidad a lo ya señalado, el Asegurador estará especialmente autorizado para hacerlo en el evento de que se ponga término al convenio con la institución designada por este último para brindar las prestaciones a que se refiere esta cláusula adicional.

Si el Asegurado se encuentra en tratamiento al producirse la terminación de la cobertura a que se refiere la presente cláusula adicional, el Asegurador cubrirá las prestaciones respectivas hasta finalizar el tratamiento de cirugía, radioterapia o quimioterapia en particular que se encuentre en curso, aún cuando dicho tratamiento particular concluya después de haber terminado la vigencia de la presente cláusula adicional.

Artículo 8: Pago de Primas.

La prima de esta cláusula adicional se detalla en las Condiciones Particulares, se expresará en la misma moneda y tendrá el mismo tratamiento de la prima del seguro principal del cual es parte integrante, y debe pagarse en la misma forma y oportunidad de ésta.

El monto de la prima de esta cláusula adicional podrá ser ajustada, luego de transcurrida la vigencia anual. Cualquier ajuste no previsto en las Condiciones Particulares, deberá ser informado por el Asegurador al Contratante con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha de renovación, teniendo el derecho el Contratante de aceptar la modificación o renunciar a este adicional, lo cual deberá informar a la Entidad Aseguradora. Si así no lo hiciere se entenderá que acepta la modificación de la prima de este adicional.

Artículo 9: Terminación.

La cobertura otorgada en la presente cláusula adicional, 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 el Asegurador o que abandone el tratamiento indicado por el Prestador.
- b) En caso de verificarse un Diagnóstico de Cáncer durante el período de carencia establecido en la cláusula adicional.
- c) Por renuncia o declaración unilateral de voluntad del contratante.
- d) Por fallecimiento del Asegurado.

Artículo 10: Denuncia de Siniestros.

Los interesados en el pago de la indemnización deberán notificar al Asegurador 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 5 de esta Cláusula Adicional.

El Asegurador 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 en el pago del seguro, los antecedentes que precise.

Artículo 11: Carácter Accesorio de la Cobertura.

Esta cláusula adicional forma parte integrante de la póliza a la cual accede y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la misma póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente.

Artículo 12: Solicitud de Información Oncológica.

El asegurador no podrá solicitar información oncológica o la obligación de declarar haber padecido una patología oncológica a la fecha de suscripción del contrato o negocio jurídico, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior de dicha enfermedad.