

CLAUSULA DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320180066

ARTÍCULO 1: COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA

Esta cláusula adicional otorga cobertura a los gastos provenientes de los Servicios de Atención Oncológica, indicados por el prestador, para el tratamiento del cáncer que haya sido diagnosticado al asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional. Los Servicios de Atención Oncológica deberán ser realizados por el prestador y en la localidad que designe la Compañía.

Será requisito para que operen las coberturas otorgadas en el presente seguro:

a) Que el asegurado titular, así como también los asegurados dependientes cuenten al momento de la contratación, ocurrencia de un siniestro y durante toda la vigencia de la presente cláusula adicional con plan de salud de Isapre o Fonasa tramos B, C y D. En caso de que el asegurado o los asegurados dependientes no cuenten con los planes de salud indicados no tendrán cobertura, asimismo, no se otorgará cobertura a los pertenecientes al tramo "A" de Fonasa o al sistema PRAIS.

Asimismo, será requisito esencial que operen los sistemas de salud al cual pertenece el asegurado titular y los asegurados dependientes.

b) Que el tratamiento sea realizado íntegramente por el prestador indicado por la Compañía, cumpliendo el protocolo médico que éste establezca.

Para estos efectos se entenderá por "Servicios de Atención Oncológica" todos los servicios médicos indicados por el prestador, conducentes al tratamiento de enfermedades oncológicas, otorgados a partir del momento en que el asegurado presente a la Compañía un diagnóstico histológico comprobado de cáncer. Se entenderá por diagnóstico comprobado, aquel diagnóstico que cuente con un informe Anátomo Patológico emitido por escrito por un médico que ejerza válidamente la profesión dentro del país. Asimismo, la compañía aseguradora cubrirá los gastos provenientes de la confirmación de dicho diagnóstico de cáncer, en los casos indicados por el prestador.

El asegurado no podrá exigir al asegurador el cambio de prestador para iniciar o continuar el tratamiento o realizar determinadas prestaciones. La compañía aseguradora, estará facultada en cualquier momento, para modificar o sustituir al prestador.

Con todo, el prestador podrá solicitar al asegurado la realización de exámenes, tendientes a confirmar el diagnóstico indicado precedentemente, cuya procedencia será determinada por el prestador.

Los Servicios de Atención Oncológica cubiertos por la compañía aseguradora en caso que al asegurado o a los asegurados dependientes se le diagnostique un cáncer dentro de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, serán las siguientes prestaciones:

a) Primera consulta médica y Orientación Médica

Los servicios de atención oncológica cubiertos por la compañía aseguradora en caso que al asegurado o a los asegurados dependientes se le diagnostique un cáncer a partir del día 31 de vigencia de la póliza, comprenderá las siguientes prestaciones, de acuerdo a los montos, límites y condiciones indicados en las

Condiciones Particulares.

a) Todas las prestaciones que sean necesarias para el análisis de un diagnóstico histológico comprobado de cáncer (biopsia), que haya presentado el asegurado con el objeto que el prestador designado por la Compañía confirme dicho diagnóstico.

b) En caso de confirmarse un diagnóstico de cáncer, de acuerdo a lo establecido en la presente cláusula adicional, la Compañía otorgará el tratamiento médico multidisciplinario que éstos requieran, el cual incluye, entre otros: cirugía, radioterapia y/o quimioterapia; además, las consultas y procedimientos clínicos necesarios para la ejecución de dicho tratamiento.

c) La observación de la evolución del tratamiento, incluyendo las consultas y procedimientos clínicos necesarios y todas aquellas indicaciones entregadas por el prestador al asegurado.

d) Todo nuevo tratamiento oncológico indicado por el prestador en cualquier oportunidad después del tratamiento inicial, incluyendo las prestaciones y servicios indicados en los puntos b y c precedentes.

Las prestaciones indicadas precedentemente se otorgarán de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

- Contratante: Aquel que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato y es señalado como tal en las condiciones particulares de la póliza.

- Asegurados: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador.

- Asegurado Dependiente: Personas a quienes también afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que tienen respecto del asegurado, la calidad de cónyuge, conviviente civil o hijo.

Edades de Ingreso cónyuge y conviviente civil: desde 18 años real hasta 65 años actuarial. Edades de Ingreso Hijo: desde 1 año real hasta 23 años actuarial. - 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 y la leucemia.

- Prestador: Para efectos de esta cláusula adicional, el prestador es aquella entidad designada por la Compañía Aseguradora, en donde se deberán realizar las prestaciones médicas y servicios cubiertos por esta póliza. La Compañía Aseguradora estará facultada en cualquier momento, para modificar o sustituir al prestador.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

Para efectos de este adicional podrán ser asegurados el asegurado de la póliza principal más un máximo de 3 asegurados dependientes, los cuales deberán tener plan de salud Isapre o Fonasa tramos B, C y D, así como también tener respecto del titular la calidad de cónyuge o conviviente civil y los hijos de ambos, los cuales deberán ser indicados en la Propuesta de Seguros y deberán también ser aceptados por el asegurador.

ARTICULO 4: ÁMBITO TERRITORIAL

La cobertura contenida en esta cláusula adicional sólo se prestará en la ciudad de Santiago de Chile.

ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES.

Esta cláusula adicional no cubre:

- a) Los gastos provenientes de prestaciones otorgadas en otras instituciones que no sean las designadas por prestador, ni tampoco las que sean indicadas por profesionales no autorizados por él.
- b) Los gastos provenientes del diagnóstico de cáncer.
- c) Los gastos por exámenes, consultas, hospitalizaciones, tratamientos u otros procedimientos, no autorizados ni derivados por el prestador.
- d) Los gastos por conceptos de tratamientos de rehabilitación, de rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o los tratamientos de patologías benignas asociadas.
- e) Gastos por concepto de prótesis u órtesis.
- f) Gastos por concepto de consultas y/o tratamientos psicológicos y psiquiátricos.
- g) Los gastos por concepto de tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica.
- h) Los gastos por concepto de trasplantes.
- i) Los gastos de medicamentos ambulatorios, kinésicos o de rehabilitación.
- j) Los gastos provenientes de tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida SIDA y/o hepatitis B o C.
- k) Los gastos por concepto de tratamientos experimentales o de investigación.
- l) Los gastos por concepto de atención y/o hospitalización médica domiciliaria.
- m) Los gastos provenientes de prestaciones y/o tratamientos otorgados fuera de la ciudad de Santiago de Chile y en el extranjero.
- n) El traslado de ambulancia dentro y fuera de Santiago.
- o) Los gastos provenientes de prestaciones o tratamientos oncológicos, cuyo estudio de diagnóstico se haya iniciado con anterioridad a la contratación por parte del asegurado del seguro objeto del presente convenio.
- p) Los gastos provenientes de un cáncer comprobado o de un tratamiento de cáncer comprobado realizado con anterioridad a la contratación del seguro objeto del presente convenio.

ARTÍCULO 6: PAGO DE PRIMAS

La prima de esta cláusula adicional se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza, y se expresará en la misma moneda que la del seguro principal de la cual es parte integrante, debiendo pagarse en la misma forma y oportunidad que éste.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta al contratante o asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO 7: EXTENSIÓN 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.

ARTÍCULO 8: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio que le sean atingentes en consideración al tipo de seguro de que se trate, debiendo:

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la materia asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- b) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- c) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- d) Las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la ley, este Condicionado General, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Propuesta de Seguro o Solicitud de Incorporación en su caso.

Adicionalmente, para hacer efectiva la cobertura otorgada por la Compañía, el asegurado deberá dar estricto cumplimiento a los protocolos e indicaciones entregadas por el prestador designado por la Compañía.

ARTICULO 9: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 524 número 1°, 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 10°: DENUNCIA DE SINIESTROS

Ocurrido un siniestro cubierto por esta cláusula adicional, el asegurado, o los asegurados dependientes según corresponda, deberán dar aviso a la Compañía tan pronto como ello sea posible a través de los medios dispuestos por la Compañía para estos efectos. Esta notificación no podrá ser superior a un plazo de **ciento ochenta (180) días** contados desde la fecha del diagnóstico histológico comprobado de cáncer, emitido por escrito por un médico autorizado legalmente para ejercer en Chile.

Para acreditar el diagnóstico de cáncer se solicitará un Informe Anatómo Patológico. Este se refiere a la documentación que da cuenta de resultados positivos de la presencia de un cáncer para efectos de esta cláusula adicional. Para que sea aceptable un Informe Anatómo Patológico bajo los términos de esta cláusula adicional, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser original, fechado indicando mes, día, y año de diagnóstico y de emisión y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe, que deberá ser médico especialista Anatómo patólogo, certificado. El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico e histoquímico/inmunohistoquímico de la biopsia.

Adicionalmente, para la evaluación de un siniestro y la posterior cobertura de los gastos por servicios y prestaciones médicas que correspondan, al asegurado, o a los asegurados dependientes deberán entregar a

la Compañía Aseguradora todos los antecedentes que estime ésta última, para su correcta evaluación.

ARTÍCULO 11: VIGENCIA Y DURACIÓN DE LA COBERTURA

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 carta certificada y por lo menos con **treinta (30) días** de anticipación a la fecha de vencimiento.

Adicionalmente, se producirá el término del seguro a partir de la fecha en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecidas en las Condiciones Particulares, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 12: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA

La cobertura otorgada en la presente cláusula adicional no será otorgada por parte del prestador, y terminará anticipadamente de forma automática con respecto a cada asegurado, al momento de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Cuando la cobertura de prestaciones oncológicas contenida como cláusula adicional en la póliza haya terminado anticipadamente con respecto a cada asegurado, en el evento de que se dé término al seguro principal.
- b) Respecto de aquellos asegurados que de acuerdo a su historia clínica indique un diagnóstico o tratamiento de cáncer, previo a la fecha de contratación del seguro.
- c) Respecto de aquellos asegurados que de acuerdo a su historia clínica indique tener un virus de inmunodeficiencia adquirida SIDA y/o hepatitis B o C
- d) Respecto de aquellos asegurados que hayan recibido tratamiento en forma previa a la presentación de un diagnóstico al prestador designado por la Compañía, ya sea por el mismo cáncer o bien por cualquier otro cáncer.
- e) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, Propuesta de Seguro, Solicitud de Incorporación o Certificado de Cobertura en su caso. En el evento de que el asegurado o alguno de los asegurados dependientes se encuentre en tratamiento médico bajo esta cláusula adicional, la cobertura se mantendrá vigente para dicho asegurado o asegurados dependientes, hasta la fecha de alta médica indicada por el prestador, fecha en la cual terminará irrevocablemente la cobertura.
- f) Cuando el asegurado o cualquiera de los asegurados dependientes no haya cumplido con las indicaciones clínicas, terapéuticas y administrativas indicadas por el prestador.
- g) Cuando el asegurado haya incurrido en gastos provenientes de prestaciones otorgadas en otras instituciones que no sean las designadas por el prestador, ni tampoco las que sean indicadas por profesionales no autorizados por él.
- h) Por renuncia o declaración unilateral de voluntad del contratante.
- i) Por fallecimiento del asegurado.
- j) Por no cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 9.

k) Por el ejercicio de los derechos de saldar y prorrogar la póliza, establecidos en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.