

SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130507

ARTICULO 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 beneficiario.

ARTICULO 2°: COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares si después del período de carencia y durante la vigencia individual del asegurado en la póliza, al asegurado se le diagnostica por primera vez una enfermedad o es sometido a una intervención quirúrgica de aquellas cubiertas por estas Condiciones Generales, según las definiciones, términos y condiciones establecidos a continuación:

Enfermedades graves cubiertas: la presente póliza cubrirá todas las enfermedades e intervenciones quirúrgicas que se indican a continuación, a menos que expresamente algunas de ellas sean excluidas en las Condiciones Particulares de la presente póliza:

1. Cáncer: La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

Los siguientes cánceres no están cubiertos por la póliza:

- a. Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados por histología como premalignos;
- b. Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3;
- c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- d. Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- e. Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- f. Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor).

2. Accidente vascular cerebral: Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que dure más

de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo, todos de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

3. Infarto al miocardio: La muerte de una porción del músculo cardíaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.

4. Revascularización coronaria (by-pass): Comprende la que se realiza al menos a dos o más arterias coronarias, por consejo de un médico especialista en esta cirugía, para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, pero quedan excluidas las técnicas no operatorias mediante cirugía, como la angioplastia, el tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.

5. Insuficiencia renal crónica: La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

6. Trasplante de órganos mayores: El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de Islotes de Langerhans. No estará cubierto el trasplante autólogo. Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de ser definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice. Una vez que la compañía ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si éste incurriere en alguna causal legal que así lo permita.

7. Esclerosis múltiple: Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple, hecho por un neurólogo, en que el paciente deba ser internado en un hospital por esta causa. Deberá haber evidencia de los síntomas característicos de desmielinización, de anomalías neurológicas persistentes y de deterioro funcional. El diagnóstico deberá confirmarse por investigaciones neurológicas (ejemplo: punción lumbar, respuestas auditivas y visuales evocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central).

8. Parálisis: Parálisis total y permanente, producida por accidente o enfermedad. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular. La conexión de tiempo y causa con el daño deberá ser obvia.

9. Pérdida de miembros: Pérdida completa y permanente, por enfermedad o accidente, de la función de ambas piernas o ambos brazos, o un brazo y una pierna, o la amputación de ambas manos por encima de las articulaciones de la muñeca, o de ambos pies por encima de la articulación tibiotarsiana.

10. Ceguera: Pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por accidente o enfermedad aguda. Deberá estar certificada clínicamente por un médico oftalmólogo.

11. Pérdida de la audición: Pérdida total e irreversible de la audición de todos los sonidos, por accidente o por enfermedad aguda. Deberá proporcionarse evidencia médica por audiometría y por prueba del umbral de sonido.

12. Cirugía de válvulas cardíacas: La realizada por cirugía a corazón abierto para reemplazar o dilatar válvulas cardíacas, por defectos valvulares ocurridos con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza.

13. Injerto aórtico: El realizado por enfermedad de la aorta que requiera la escisión de la misma y su reemplazo quirúrgico por un injerto. Para los propósitos de esta definición, aorta significa la porción torácica y la abdominal, pero no sus ramas.

14. Angioplastia por balón: La angioplastia realizada por las técnicas de balón, láser o cualquier otra, para corregir estenosis importantes, cuando menos setenta por ciento (70%) de dos o más arterias coronarias, siempre que haya sido considerada como tratamiento necesario por un médico cardiólogo.

15. Enfermedad de Alzheimer: Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles, excluyendo neurosis y enfermedades psiquiátricas, que dan por resultado disminución importante del funcionamiento social y que requiere supervisión continua del asegurado. El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico especialista.

16. Enfermedad de Parkinson: Enfermedad lentamente degenerativa del sistema nervioso central, por pérdida del pigmento contenido en las neuronas cerebrales (sustancia negra). El diagnóstico inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo. Para los fines de la cobertura estará condicionada a que:

a. No pueda controlarse con medicación;

b. Muestre signos de evolución progresiva del daño;

c. La evaluación de las actividades de la vida diaria confirme la inhabilidad del asegurado para realizar sin asistencia, tres o más de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, ir al baño; salir o entrar en la cama o en una silla, comer.

Únicamente está cubierta la enfermedad de Parkinson idiopática. Está excluida la enfermedad inducida por medicamentos o tóxicos.

17. Distrofia muscular: La distrofia muscular se define como un grupo de miopatías genéticas degenerativas, que se caracterizan por debilidad y atrofia muscular, sin participación del sistema nervioso. Los diversos tipos se distinguen por el principio, localización y evolución de la enfermedad.

Con relación a este contrato, cualquier distrofia muscular hereditaria deberá ser confirmada por un neurólogo y la evaluación de las actividades cotidianas debe ratificar la incapacidad del asegurado para realizar sin ayuda, tres o más de las siguientes: bañarse, ir al baño, comer, entrar o salir de la cama o de una silla.

18. Politraumatismo: Toda patología derivada de un accidente que provoque fracturas múltiples, incluyendo traumatismo encéfalo craneano complicado, y sus secuelas, fracturas, complicaciones de viseras y partes blandas, que a causa de su gravedad requieren o hayan requerido permanecer al paciente en un recinto hospitalario por diez (10) o más días y que además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos.

19. Quemaduras graves: Las quemaduras de tercer grado que abarquen a lo menos el veinte por ciento (20%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND Y BROWDER, diagnosticada por médico especialista.

20. Neurocirugía: Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras inter craneales, la médula espinal y las vértebras y los vasos sanguíneos del cerebro.

No se considerarán dentro de la cobertura las cirugías para corregir hernias del núcleo pulposo y el síndrome del túnel carpiano.

La cobertura y las indemnizaciones de esta póliza se entienden respecto de cada evento, pudiendo el Asegurado ser indemnizado por más de una enfermedad grave durante la vigencia de la póliza.

ARTICULO 3º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entenderá por:

Accidente: todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

Enfermedad: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Evento: Todas las intervenciones quirúrgicas definidas en el artículo primero y toda enfermedad grave cubierta por esta póliza, sus consecuencias y recaídas posteriores, que haya sido diagnosticada por primera vez al asegurado.

Médico: Sólo quienes poseen el título respectivo y estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario..

Padecimientos congénitos: Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes: entendiéndose por tal aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ARTICULO 4º: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las definiciones y descripción de las enfermedades señaladas en el artículo segundo, no estarán cubiertas por la póliza las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

- a. SIDA o presencia del virus VIH;
- b. Leucemia linfocítica crónica;
- c. Suicidio, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones autoinflingidas, ya sea

en estado de cordura o demencia;

d. Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado;

e. Riesgos nucleares;

f. Padecimientos congénitos;

g. Trasplantes que sean procedimientos de investigación;

h. Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

i. La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

j. Situaciones o Enfermedades preexistentes. 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 el certificado de cobertura o en las condiciones particulares de la póliza, según corresponda, 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.

ARTICULO 5°: CARENCIA

La Compañía Aseguradora podrá establecer en las Condiciones Particulares un período de carencia el cual se entiende como un periodo de tiempo en el cual el Contratante o el Asegurado, según corresponda, paga primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia individual del asegurado en la póliza hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 6°: 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 7°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 8°: 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 el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTICULO 9º: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente de modo que si al asegurado se le diagnostica una enfermedad grave o intervención quirúrgica en los términos indicados en el artículo 2º durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

La falta de pago de la prima una vez transcurrido el periodo de gracia, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince 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.

ARTICULO 10º: DENUNCIA DE SINIESTROS

El Asegurado o el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora en el curso de los primeros treinta (30) días hábiles o en aquel que se establezca en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha en que se le haya sometido a intervención quirúrgica o diagnosticado por primera vez alguna enfermedad de aquellas cubiertas por esta póliza que puedan 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 diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá 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.

El Asegurado o el Contratante, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir la reevaluación de su caso por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el requirente, de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido durante al menos un año como miembros titulares de las comisiones médicas regionales o de la comisión médica central de la Superintendencia de Pensiones.

La junta médica evaluará su caso pronunciándose sobre la procedencia de la indemnización, conforme a los conceptos descritos en el artículo 1º de esta póliza, pudiendo someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el reclamante de la cobertura y 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.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTICULO 11º: TERMINACIÓN

La póliza terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima, en los términos señalados en el artículo 9º.

Asimismo, se pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido.

ARTÍCULO 12º: 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 13º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia 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 mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, 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 cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 14º: 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.