

CLÁUSULA DE ANTICIPO DE CAPITAL POR ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320131657

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO 1° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora pagará al asegurado establecido en la póliza del seguro principal, el capital asegurado para la cobertura principal o bien un porcentaje de éste o bien el capital asegurado específicamente establecido para esta cláusula adicional, según lo señalado en las condiciones particulares, cuando dentro de la vigencia de esta cláusula y luego de transcurrido el período de carencia, se diagnostique al asegurado por primera vez una enfermedad o sea sometido a una intervención quirúrgica de aquellas cubiertas por esta cláusula, señaladas y definidas según los términos y condiciones que se estipulan en el presente artículo.

Serán asegurables las personas menores de sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las condiciones particulares de la póliza, que completen una declaración personal de salud, cuando corresponda, y que sean aceptados por la compañía aseguradora.

En los casos de renovación de esta cláusula adicional el asegurado tendrá cobertura hasta la edad o el periodo que se especifique en las condiciones particulares.

1. Infarto Cardíaco: Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de una llegada inadecuada de sangre al área relevante. El diagnóstico se basará en los siguientes criterios: a) Historia del dolor torácico de presentación súbita y sugerente de infarto al miocardio. b) Cambios recientes y confirmatorios en el electrocardiograma. c) Elevación de enzimas cardíacas.

2. Derrame 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 de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 3 meses 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. Cirugía de Bypass Aortocoronaria: Definido como afecciones de las arterias coronarias tratadas con una operación "bypass" o "puente coronario", por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión crítica en dos o más arterias coronarias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la compañía. No se considerarán dentro de la cobertura las técnicas no operatorias mediante cirugía, como la angioplastia, el stent, tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.

4. Cáncer: Definido como una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos. El término cáncer también incluye la leucemia y el mal de Hodgkin.

5. Insuficiencia Renal Crónica: La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o hemodiálisis 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 al trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice. Una vez que la compañía aseguradora ha sido notificada de este hecho solo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si este incurriere en alguna causal legal que así lo permita. Se excluye de esta cobertura los costos de la criopreservación del trasplante de células madres.

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre ninguna enfermedad o lesión del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Alcoholismo o drogadicción.
- b) Cánceres a la piel excepto melanomas malignos.
- c) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA.
- d) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta cláusula adicional. 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 condicionado particular o en el certificado de cobertura 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. Con todo, el consentimiento señalado del asegurable no será necesario en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.
- e) En caso de Cirugía de Bypass Aortocoronaria, la presente cláusula adicional excluye además la angioplastia, tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita. f) Cáncer In situ de cualquier localización.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional, las exclusiones establecidas en las condiciones generales del seguro principal de la póliza.

ARTÍCULO 3° - 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 cláusula adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la cláusula hasta una fecha posterior determinada y especificada en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 4° - PRIMAS

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 cláusula adicional.

Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la cláusula hasta una fecha posterior determinada y especificada en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 5° - DENUNCIA DE SINIESTROS

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos Sin perjuicio de lo señalado en las condiciones generales de la póliza principal, el aviso del siniestro deberá darse a la compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional.

Asimismo, se deberán presentar los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cláusula adicional y que digan relación con el riesgo cubierto bajo ésta, hará caducar los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, y liberará a la compañía del pago de la indemnización que habría correspondido bajo esta cobertura.

ARTÍCULO 6° - BENEFICIARIOS

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 1° de esta cláusula adicional, el beneficiario será el asegurado de la póliza individualizado en las condiciones particulares. No obstante lo anterior, en caso de fallecer el asegurado antes del pago del siniestro, en caso que ello corresponda, el monto asegurado será pagado a los beneficiarios de la cobertura principal.

ARTÍCULO 7° - REQUISITOS PARA PAGO DE LOS SINIESTROS

Constituyen requisitos para el pago de un siniestro por parte de la compañía aseguradora:

- a) La entrega oportuna del asegurado a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) Contar con la certificación emitida por un médico del país de un diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional. Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, y el asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

El costo de éstos será de cargo de la compañía aseguradora. Sin el cumplimiento de estos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar el pago por concepto de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 8° - PAGO DE SINIESTRO

Denunciado un siniestro, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización inmediatamente de concluido el análisis de los antecedentes respectivos. En caso de requerirse mayores antecedentes se procederá conforme a lo establecido en el título IV del D.S. N° 1.055 de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros. Durante este período se exonerará al asegurado del pago de primas por concepto de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 9° - TERMINACIÓN

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio 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, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal o de la cobertura para algún asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho asegurado.
- b) Por rescate o transformación de la póliza principal en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados en ésta.
- c) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.
- d) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o la edad de término de este adicional señalado expresamente en las condiciones particulares, en caso de que ella sea menor, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en moneda corriente y al valor que tenga la moneda del seguro principal, al día de pago.

ARTÍCULO 10° - REDUCCIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

El pago del beneficio contemplado en esta cláusula adicional pondrá término a ésta, y reducirá el Capital Asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento, en el monto equivalente al capital pagado por concepto de esta cláusula adicional. Sin embargo, la compañía aseguradora después de transcurridos ciento ochenta (180) días contados desde el pago del beneficio anteriormente señalado y siempre que la póliza se encuentre vigente y el asegurado esté vivo, aumentará el Capital Asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento, en el mismo monto en que se redujo según el párrafo anterior.