

POLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320210009

ARTÍCULO 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 el beneficiario. La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud del asegurador, y en base a la información que ha entregado el asegurador al asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza. La presente póliza genera derechos y obligaciones para el asegurado y asegurador. Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquéllas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 2° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Transcurrido el período de carencia, mediante el pago de la prima y en las condiciones y términos que más adelante se establecen, el asegurador se obliga con el asegurado, en el evento de diagnosticársele clínicamente un cáncer primario durante la vigencia de la póliza, a pagarle por una sola vez el monto único indicado en las condiciones particulares de la presente póliza.

ARTÍCULO 3° - EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre:

- a) Ninguna enfermedad o accidente que no sea cáncer;
- b) El cáncer cérvico uterino in situ; y el cáncer a la piel, con excepción del melanoma maligno.
- c) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales: cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al asegurado, y que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado, con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación el asegurador deberá consultar al propuesto asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura, en virtud, de la declaración de salud efectuada por el propuesto asegurado.

ARTÍCULO 4° - DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza de seguro se entiende por:

- a) 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 Hodgkins, leucemia, y carcinoma "in situ".
- b) Cáncer Primario: La enfermedad neoplásica que no haya recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de esta póliza.
- c) Diagnóstico Clínico: El informe basado en la historia clínica del paciente con sus exámenes y confirmado con el examen histopatológico o citológico.
- d) Carencia: El período de tiempo, medido desde el inicio de la vigencia o rehabilitación de cada asegurado de esta póliza, durante el cual, cualquier diagnóstico realizado o patología conocida en el mencionado plazo, no tendrá cobertura por esta póliza.

ARTÍCULO 5° - ASEGURADOS

Son asegurados todas aquellas personas menores de 70 años de edad que aparecen individualizadas en las condiciones particulares de la póliza. Estas personas podrán ser el cónyuge, conviviente civil e hijos del asegurado que encabeza la nómina. Al momento de suscribir el seguro, el contratante deber señalar al asegurador la nómina de personas que tendrán la calidad de aseguradas.

ARTÍCULO 6° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado, conforme al artículo 524 del Código de Comercio, estará obligado a:

- 1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que permita al asegurador identificar los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurado y apreciar la extensión de los mismos. Para ello, el asegurador dispondrá en la propuesta de seguro un espacio destinado a dichas declaraciones;
- 2° Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen al mismo asegurado;
- 3° Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 4° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- 5° No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
- 6° 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
- 7° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

ARTÍCULO 7° - DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador, para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, en los formularios de contratación que disponga el asegurador para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los asegurados en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro. En virtud de lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante o asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por el asegurador, éste podrá rescindir el contrato.

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.

Si los errores, reticencias o inexactitudes del contratante o asegurado no fueron determinantes del riesgo asegurado, 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 (10) días contados 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 (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización 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.

ARTÍCULO 8° - AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL

Los asegurados de esta póliza deberán proporcionar al asegurador, información confidencial o no de cualquier Médico, Enfermera, Psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros o a cualquier otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, entre otros, para la correcta liquidación del siniestro. Para lo anterior, desde ya queda facultado el asegurador para solicitar tales documentos.

ARTÍCULO 9° - PRIMA

La prima de este seguro es la identificada en las condiciones particulares de la póliza, la cual dependerá de la edad alcanzada por cada uno de los asegurados. La prima será expresada en unidades de fomento y deberá pagarse en moneda corriente al valor que tenga ésta al día de pago. El pago deberá hacerse directamente en las oficinas del asegurador o en los lugares que este designe.

Todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que el asegurador podrá poner a disposición del asegurado para facilitar el pago.

Durante el periodo de carencia el asegurador no realizará cobro alguno de prima.

ARTÍCULO 10° - DENUNCIA DE SINIESTROS

Para percibir los beneficios, el asegurado deber identificarse como tal frente al asegurador y aportar el diagnóstico clínico y las certificaciones probatorias de tratamiento médico de cáncer que corresponda. Una vez confirmado el cáncer mediante el diagnóstico clínico, el asegurador pagará al asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación de dichos antecedentes, el monto único establecido en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 11° - VIGENCIA

Este seguro, tendrá una duración de un (1) año, contado desde la fecha de 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 los medios de comunicación establecidos en esta póliza y por lo menos con un (1) mes de anticipación a la fecha de vencimiento.

ARTÍCULO 12° - CARENCIA

Esta póliza tendrá un período de carencia que aplicará a cada asegurado de la póliza. El período de carencia será el indicado en las condiciones particulares y se contará desde la fecha de inicio de vigencia o desde la fecha de la rehabilitación, de cada asegurado. Si nada se indica en las condiciones particulares de la póliza, se entenderá que el período de carencia será de noventa (90) días. En caso de encontrarse un asegurado por esta póliza, en el período de carencia, en tratamiento por cáncer o en estudio por cáncer o que sea diagnosticado por cáncer, la cobertura de esta póliza terminará automáticamente para dicho asegurado.

ARTÍCULO 13° - TERMINACIÓN

Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, o en su caso, de la primera cuota de la prima estipulada a plazo, el asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días, para el pago de las siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, el seguro permanecerá en pleno vigor. Conforme al artículo 528 del Código de Comercio, la falta de pago de la prima al vencimiento del plazo de gracia producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, el asegurador dirija al asegurado y dará derecho al primero a 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.

ARTÍCULO 14° - REHABILITACIÓN

En caso de que la póliza termine por falta de pago, de acuerdo con lo expresado en el artículo anterior, el contratante podrá solicitar su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite a su satisfacción, que tanto él como las personas indicadas en la nómina de asegurados, reúnan las condiciones de salud y otras necesarias para hacer efectiva la rehabilitación, debiendo el asegurado pagar todos los gastos que por este efecto se originen. El asegurador no podrá cobrar prima alguna por el período que medie entre la fecha de término automático señalado en la cláusula anterior y aquella de la rehabilitación efectiva.

ARTÍCULO 15° - INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

La incorporación de nuevos asegurados a la nómina de estos, según se señala en el artículo 5° de éste condicionado, podrá realizarse en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 16° - EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el asegurador, a petición del asegurado, expedirá un duplicado del documento original. La nueva póliza reemplazará a la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 17° - NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 6° de éste condicionado y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro. En dichos casos, 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. Esta póliza se encuentra sujeta al artículo 470 del Código Penal, que en su punto 10° establece que a los que maliciosamente obtuvieren para sí, o para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro, sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas. Si no se verifica el pago indebido por causas independientes de su voluntad, se aplicará el mínimo o, en su caso, el grado mínimo de la pena. La pena se determinará de acuerdo con el monto de lo indebidamente solicitado.

ARTÍCULO 18° - COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre el asegurador y el contratante, o cualquiera de los asegurados, con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo o correo electrónico, registrado para estos efectos en las condiciones particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante o asegurados hayan dado lectura al mismo. Así mismo, el contratante o los asegurados serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero. Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, el asegurador podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio del asegurador o al último domicilio del contratante, registrado en las condiciones particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer (3°) día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas al asegurador deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por el asegurador.

ARTÍCULO 19° - ARBITRAJE Y 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 por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la 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 diez mil (10.000) unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la Justicia Ordinaria. Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero, la resolución de las dificultades que se produzcan con el asegurador cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a ciento veinte (120) unidades de fomento.

ARTÍCULO 20° - DOMICILIO

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