

REF.: APRUEBA MODIFICACION CIRCULAR
Nº 1482 DE 22/02/79 Y CIRCULAR
Nº 422 DE 12/07/84.
APRUEBA CONTRATOS ADICIONALES
DENOMINADOS "RENTA ANUAL POR
FALLECIMIENTO", "REEMBOLSO DE
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE"
Y "ANTICIPOS DE CAPITAL POR EN-
FERMEDADES CATASTROFICAS".

C I R C U L A R Nº 654

A todas las entidades de seguros del segundo grupo.

Santiago, Septiembre 30 de 1986.

Vista la facultad que me confiere el artículo 3º letra e) del D.F.L. Nº 251, de 1931 y lo solicitado por una entidad aseguradora, el Superintendente infrascrito aprueba :

1. La modificación del artículo 4º de la Póliza de Seguro de Vida aprobada por Circular Nº 1482, de 22 de febrero de 1979, quedando el texto modificado así :

"Artículo 4º : Indisputabilidad

Esta póliza será indisputable cuando hayan transcurrido dos años completos desde que entró en vigencia o desde que se rehabilitó, salvo en caso de dolo o fraude.

El beneficio de indisputabilidad no alcanza a las coberturas adicionales que hayan sido incluidas en esta póliza."

2. La modificación del párrafo primero de las Exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de los contratos adicionales a una póliza de vida, aprobados por Circular Nº 422, de 12 de julio de 1984, (página 2), quedando el texto modificado así :

00511

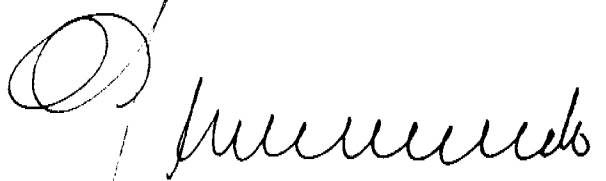
"El asegurado, o el o los beneficiarios, en su caso, no tendrán derecho a los beneficios que otorga el o los contratos adicionales anexos si el beneficio reclamado es causado por :"

3. La modificación de las limitaciones de las condiciones del contrato adicional de Indemnización por Invalidez Total o Parcial Permanente en Caso de Accidente (Desmembramiento), aprobado por Circular N° 422, de 12 de julio de 1984, (página 9), quedando el texto de la segunda limitación así :

"En la fecha en que el asegurado cumple la edad de 65 años."

4. Los contratos adicionales a una póliza de vida denominados "Renta Anual por Fallecimiento", "Reembolso de Gastos Médicos por Accidente", y "Anticipos de Capital por Enfermedades Catastróficas", que se adjuntan.

Saluda atentamente a Ud.,



FERNANDO ALVARADO ELISSETCHE

SUPERINTENDENTE DE
VALORES Y SEGUROS
CHILE

La Circular N° 653 fue enviada a todos los corredores de Bolsa y Agentes de Valores.

CONTRATO ADICIONAL DE REEMBOLSO
DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

Definición del Plan

En virtud de esta cobertura adicional, la compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las condiciones particulares de la presente póliza, siempre y cuando éste ocurra antes de finalizar la vigencia de la póliza y antes que el asegurado cumpla 65 años de edad.

Exclusiones

Además de las causas señaladas en las condiciones generales de la póliza y de los contratos adicionales, no estarán cubiertos bajo esta cobertura adicional, los gastos derivados de :

- a) Prestaciones médicas originadas por el tratamiento de enfermedades que se conocen como enfermedades profesionales.
- b) Cualquier prestación médica no causada por un accidente.
- c) Prestaciones, exámenes, insumos y/o medicamentos no prescritos por el médico tratante.
- d) La atención particular de enfermería.
- e) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis; ni los que ocurran estando el asegurado en estado de embriaguez, o bajo la influencia del alcohol, drogas, en estado de somnambulismo, insolación o congelación.

- f) Negligencia o culpa grave del asegurado de acuerdo a lo definido en el artículo 44 del Código Civil.
- g) Movimientos sísmicos de grado 8 o superior de la escala internacional de Richter, determinado por el Instituto Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile.
- h) Traslado del asegurado accidentado.

Notificación

El aviso del accidente deberá darse a la compañía dentro del plazo de diez (10) días contados desde la fecha de su ocurrencia y las pruebas correspondientes presentarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que se dé el aviso, salvo caso debidamente justificado.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes, insumos y/o medicamentos que originan dichos gastos.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de salud o bienestar, deberá hacer primero uso de ellos. En este evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

El asegurado deberá facilitar a la compañía todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar lo relacionado con el accidente y los reembolsos solicitados.

Suma asegurada

Cada vez que la compañía reembolse al asegurado algún gasto médico por accidente, el monto anual fijado en las condiciones particulares de la póliza será reducido en el monto indemnizado. Así hasta su extinción.

CONTRATO ADICIONAL DE ANTICIPO
DE CAPITAL POR ENFERMEDADES CATASTROFICAS

Definición del Plan

En virtud de esta cobertura adicional, la compañía pagará al asegurado el % del capital asegurado por fallecimiento, estipulado en las condiciones particulares de la póliza, si éste se ve afectado durante el período de vigencia de esta cobertura y antes de cumplir 65 años de edad, por alguna de las siguientes enfermedades :

- 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 en el electro cardiograma.
- c) Elevación de enzimas cardíacas.

- Derrame Cerebral :

Definido como cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 horas e incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia proveniente de una fuente extracraneal.

Deberá presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

- Cirugía de Bypass Aortocoronaria :

Que es el acto de una cirugía practicada al asegurado debido a una lesión o enfermedad a la arteria coronaria.

- Cáncer :

Definido como una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y esparcimiento incontrolado de células malignas y la invasión de tejidos.

El término cáncer también incluye la leucemia y el mal de Hodgkin.

Se excluyen todos los cánceres a la piel con la excepción de los melanomas.

Cada una de las enfermedades descritas deberá ser diagnosticada por un médico titulado y deberá estar apoyada por evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptable.

Exclusiones

Además de las establecidas en las condiciones generales de la póliza y de los contratos adicionales, no se reconocerá ninguna enfermedad o lesión como resultado de :

- a) Alcoholismo o drogadicción.
- b) Cánceres a la piel excepto melanomas.

Notificación y Prueba

La lesión, enfermedad o dolencia deberá ser notificada y probada a satisfacción de la compañía dentro de los 12 meses siguientes a su ocurrencia.

Reducción del Capital Asegurado

El pago de este beneficio terminará automáticamente la vigencia de esta cobertura adicional y reducirá el capital asegurado por fallecimiento es tipulado en las condiciones particulares de la póliza, en el monto pagado por este beneficio.

Cobertura y Primas

Anualmente y en cada aniversario de la póliza, esta cobertura adicional será renovada automáticamente por el período de 1 año, salvo que el asegurado manifieste por escrito con 30 días de anticipación su opinión en contrario.

En cada renovación la compañía fijará la prima para el nuevo período anual, en función de la edad alcanzada por el asegurado a esa fecha.

CONTRATO ADICIONAL DE
RENTA ANUAL POR FALLECIMIENTO

Definición del Plan

En virtud de esta cobertura adicional, la compañía mediante el pago de la prima que corresponda conviene en pagar al o los beneficiarios de la póliza principal, además del capital asegurado por la misma, una renta anual igual a la especificada en las condiciones particulares de la póliza y por el plazo estipulado en dichas condiciones, inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, si éste ocurre antes de finalizar la vigencia de la póliza.

Limitaciones

Además de las causas señaladas en las condiciones generales de la póliza y de los contratos adicionales, esta cobertura adicional quedará sin efecto cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de algún seguro de invalidez, en caso de haber sido incluido en el contrato de seguro.

00519