

Oklare

¡Hola Maximiliano!

Este es tu seguro oncológico

Resumen de tu contratación

Asegurado titular

Maximiliano Henriquez Gonzalez

RUT titular

10.614.692-6

Número de póliza

0000032

Pago mensual

\$2.034 (1.12 UF)

Asegurados adicionales (3)

Patricio (Padre), María (Madre), Juan (Suegro)

Asegurado desde

25/07/2020

El riesgo es cubierto por



Estas son tus coberturas y beneficios:



Tratamiento en Clínica Iram

Complementario a tu sistema previsional de salud, te entrega atención oncológica y cobertura de los gastos que implica el tratamiento, control y seguimiento de la enfermedad en Clínica Iram (Tratamiento debe realizarse en Santiago, RM).

UF 50 de indemnización

Indemnización de UF 50 (\$1.450.000 aprox.) de libre disposición, frente al diagnóstico comprobado y confirmado de Cáncer. Se pagará dicha indemnización frente a nuevos diagnósticos de Cáncer, con un tope de 3 pagos por asegurado.



Gasto por medicamentos

Gastos por concepto de drogas antineoplásicas, con un tope de UF 100 por cada tratamiento de quimioterapia.

Exámen preventivo anual sin costo

Exámen anual preventivo y gratuito, mamografía desde los 35 años y antígeno prostático desde los 45 años, tanto en Santiago como en Regiones. Más información en tu sitio privado en miseguro.klare.cl



¿Qué hago si necesito usar mis coberturas?

Es muy importante que nos notifiques dentro de un plazo máximo de **30 días desde que te diagnostiquen o a cualquiera de tus asegurados**. Para esto sólo debes ingresar a www.klare.cl/declarar-siniestro-formulario o a tu sitio privado en miseguro.klare.cl y buscar la opción Declarar siniestro dentro del detalle de este seguro.

Una vez recibida la declaración te contactaremos para informarte los pasos a seguir, así como la documentación necesaria para el cobro del seguro. Recuerda que debes presentar 2 documentos: diagnóstico comprobado y confirmado de Cáncer mediante informe de Biopsia e Informe Anatomopatológico.

En Klare queremos apoyarte durante el proceso, si necesitas ayuda solo escríbenos a contacto@klare.cl

¡No olvides ingresar a tu cuenta Klare!

Podrás gestionar tus seguros de forma rápida, fácil y 100% online.



Contrata más seguros
Comprar tus seguros con más rapidez aún.



Declara un siniestro
Solicita el uso de tus coberturas en simples pasos.



Administra tu seguro
Revisa el estado de tus pagos, descargar tu póliza y más.

Ingresa en miseguro.klare.cl





**CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA /
CERTIFICADO DE COBERTURA**

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA

POL320170050

PÓLIZA N°

0000032

CONTRATANTE (SI ES DISTINTO AL ASEGURADO)

Maximiliano Henriquez Gonzalez

RUT

10614692-6

ASEGURADOS

Maximiliano Henriquez Gonzalez

Patricio Soto Soto

María San Martín Peralta

Juan Aravena Orellana

RUT

10614692-6

10402932-1

10402932-2

10402932-3

TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- ☐ Póliza con cobertura general de gastos médicos
- ☒ Póliza con cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas
- ☐ Póliza con cobertura complementaria de gastos médicos
- ☐ Póliza con cobertura catastrófica

PÓLIZA☒

Individual

VIGENCIA

25/07/2020

Inicio

☐

Colectiva

Anual renovable

Término

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA☐

Póliza de plazo indefinido sin condiciones

☐

Póliza de plazo indefinido condicionada

☐

Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada

☒

Póliza de plazo limitado y renovable con condiciones

☐

Póliza de plazo limitado simple

PRIMA MONTO

UF 1,1186

MONEDA☒

UF

☐

Peso

☐

Otra

PERÍODO DE PAGO☐

Anual

☒

Mensual

☐

Otro

CONDICIONES☒

Fija

☐

Ajustable según contrato

COMISIÓN TOTAL DEL CORREDOR

Monto

18% de la prima neta + IVA

No hay comisión

☐**PERÍODO DE CARENCIA**

No aplica

ART. CG

-

ART. CP

-

Nº Póliza: 0000032

REGLAS SOBRE PREEXISTENCIAS

- ☐ Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes
- ☒ Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes
- ☐ Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- ☒ Sí
- ☐ No

EXCLUSIONES

- ☒ Sí
- ☐ No

ART. CG	ART. CP
-	-
Art.5	Art.4
-	-

ART. CG	ART. CP
-	Art. 3
-	-

ART. CG	ART. CP
Art. 5	Art. 4
-	-

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

<input checked="" type="checkbox"/>	e-mail al correo electrónico	maximilianohenriquez@gmail.com
<input type="checkbox"/>	Carta a la siguiente dirección	
<input type="checkbox"/>	Otro	

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso.

Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general (CG) o condicionado particular (CP) donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

- Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
- Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE, FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
- Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
 - Los requisitos para cobrar el seguro.
- En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:
Este seguro:
 - NO contempla renovación garantizada.
 - SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
 - NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
 - NO cubre preexistencias. (si cubre sólo algunas preexistencias indicar cuáles o las condiciones en que se cubren)
- Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320170050 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl.

DEFINICIONES

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Comisión para el Mercado Financiero, conocido también como “código Pol”. Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

CONTRATANTE: La persona que celebra el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es de cobertura general de gastos médicos cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuado por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, o enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados

Es de cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas, cuando cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o pato logías que se especifican en la póliza.

Es de cobertura complementaria de gastos médicos, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, en aquella parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.

Es de cobertura catastrófica, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que el costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señ alado en la póliza.

VIGENCIA: Período de tiempo durante el cual dura la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se puede renovar.

Es de plazo indefinido sin condiciones, cuando la cobertura no está sujeta a plazo ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de cobertura señaladas en la póliza.

Es de plazo indefinido condicionada cuando la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos períodos de tiempo, límites de edad u otras semejantes.

Es de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada cuando la vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término conforme a las estipulaciones del contrato.

Es de plazo limitado y renovable con condiciones, cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entiende incluidas aquellas pólizas en que la renovación está condicionada a la aceptación por parte del asegurado de cambios en las primas, o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que ese establezca en la póliza original.

No están incluidas aquellas en que una de las partes le puede poner término en cualquier momento sin expresión de causa.

Es plazo limitado simple cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza, entre las que no podrá estar la sola voluntad de una de las partes.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser fija, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser ajustable, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

PERIODO DE PAGO: La periodicidad con la que el contratante debe pagar la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo que está incluido en la protección otorgada por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la protección del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.



PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO KLARE

1. DATOS DEL ASEGURADO/CONTRATANTE TITULAR

Nombre: Maximiliano Henriquez Gonzalez

RUT: 10614692-6

Fecha de Nacimiento: 04/09/1981

Dirección: El arcangel 4955

N° depto, casa, block (opcional): depto 604

Comuna: Vitacura

Region: Metropolitana

Teléfono:

Celular: 98765432

Correo electrónico: maximilianohenriquez@gmail.com

Autorizo que toda comunicación y notificación que digan relación con el presente seguro pueda ser enviada al correo electrónico antes señalado.

☒
2. DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES

Nombres y Apellidos	Rut	Relación con titular	Fecha nacimiento
Patricio Soto Soto	10402932-1	Padre	24/08/1985
María San Martin Peralta	10402932-2	Madre	04/01/1945
Juan Aravena Orellana	10402932-3	Suegro	15/06/1991

3. IDENTIFICACIÓN DEL CORREDOR.

Razón Social: Klare Corredora de Seguros S.A.

Rut: 77.088.224-9

Dirección: Nueva Costanera 4040, oficina 22, Vitacura.

Teléfono: 226483218

4. IDENTIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

Razón Social: Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.

Rut: 99.012.000-5

Dirección: Av. El Bosque Sur 180, Piso 1, Las Condes, Santiago.

Teléfono: 2 2230 4000

5. TABLA DE COMISIONES.

Comisión de Intermediación: 18% de la prima neta + IVA, pagadas contra recaudación.
Pagado a: Klare Corredora de Seguros S.A., RUT: 77.088.224-9.

Comisión de Recaudación: 2,38% + IVA de la prima neta recaudada, descontadas devoluciones y cancelaciones.
Pagado a: Klare Corredora de Seguros S.A., RUT: 77.088.224-9.

6. DATOS DE LA COBERTURA.

Vigencia Desde: 25/07/2020

Vigencia Anual Renovable.

7. PRIMA.

Plan I: Asegurado 18 a 54 años (sin adicionales)	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 0,2113 Mensual
Plan II: Asegurado desde 55 años (sin adicionales)	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 0,8439 Mensual
Plan III: Asegurado 18 a 54 años + 1 adicional	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 0,4227 Mensual
Plan IV: Asegurado 18 a 54 años + 2 adicionales	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 0,5669 Mensual
Plan V: Asegurado 18 a 54 años + 3 adicionales	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 0,7097 Mensual
Plan VI: Asegurado desde 55 años + 1 adicional	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 1,0553 Mensual
Plan VII: Asegurado desde 55 años + 2 adicionales	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 1,1981 Mensual
Plan VIII: Asegurado desde 55 años + 3 adicionales	<input checked="" type="checkbox"/>	UF: 1,3423 Mensual

Notas:

1. He tomado conocimiento del derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección del intermediario y Compañía Aseguradora.
2. Los riesgos del presente seguro son cubiertos por Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. y se amparan en las condiciones generales según **POL 3 2017 0050** debidamente depositada en el registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero.
3. La cobertura que otorga este seguro se encuentra sujeta a exclusiones, las que se encuentran indicadas en esta póliza de seguro y en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.
4. Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.
5. He tomado conocimiento que, si al momento de un siniestro se comprueba que parte de la información entregada no es fidedigna, la Compañía tiene el derecho a rechazar el siniestro.
6. Esta póliza deberá ser completada por el Contratante y no debe contener enmiendas o errores.
7. Este es un resumen de la cobertura y características del seguro. El detalle se encuentra en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza antes mencionada, disponible en las oficinas de la Compañía y de Klare Corredora de Seguros S.A.

DECLARACIÓN DE SALUD**I. ¿Tú o alguno de tus asegurados adicionales está en estudio o conocimiento y/o ha sido diagnosticado y/o sometido a tratamiento médico por alguna de las siguientes causas?:**

1. Cáncer o enfermedad neoplásica de cualquier naturaleza (incluidos leucemias y linfomas)
2. Virus VIH
3. Virus Hepatitis B o Hepatitis C
4. Nódulos, masas, quistes o tumores, pólipos y/o lesiones de la piel.
5. Quimioterapia y/o radioterapia.

SI ☐NO ☐ X ☐**II. ¿Tú o alguno de tus asegurados adicionales han tenido resultado alterado en los siguientes exámenes?:**

1. Virus del Papiloma Humano (VPH)
2. Antígeno Prostático
3. Frotis del Papanicolaou
4. Mamografía, ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética.

SI ☐NO ☐ X ☐**III. ¿Tú o alguno de tus asegurados adicionales han sido rechazados de un seguro de vida o de salud en el pasado?:**SI ☐NO ☐ X ☐

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios e indemnizaciones establecidos en este seguro se harán efectivos si la causa del siniestro tuviese relación con las condiciones de salud y enfermedades conocidas o diagnosticadas a esta fecha, declaradas precedentemente.

El omitir, ocultar o alterar información en la presente Declaración de Salud, faculta a la Compañía para rechazar el siniestro de la cobertura estipulada en la presente póliza.

Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ellos de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la póliza a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, conforme lo dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de información recibida con motivo u ocasión del presente Certificado de Cobertura. Además, autorizo a los Organismos Previsionales como AFP, INP y otros, Juzgados y Tribunales y expresamente al Instituto de Salud Pública, así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio u otra institución de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del artículo 127 del Código Sanitario.

RESUMEN DEL SEGURO

1. DESCRIPCIÓN COBERTURA ONCOLÓGICA, POL 3 2017 0050.

La Compañía entregará una indemnización de libre disposición de UF 50, con un máximo de 3 eventos por asegurado, frente al diagnóstico comprobado y confirmado de Cáncer. Para otorgar dicha indemnización, el Asegurado deberá presentar a la Compañía un Diagnóstico de Cáncer mediante biopsia con informe Anatomopatológico, el cual será de su propio costo. La cobertura se hará efectiva siempre y cuando el diagnóstico no sea consecuencia de un mismo Cáncer anterior cubierto por la póliza.

Luego de haber utilizado el sistema previsional de salud, sea ISAPRE o FONASA, el asegurado es derivado a clínica IRAM para iniciar su tratamiento. A partir de ese momento la cobertura Oncológica cubrirá los siguientes gastos efectivamente incurridos y hasta los límites definidos, que se detallan a continuación:

Cobertura Oncológica IRAM	Detalle Cobertura
Exámenes y Procedimientos	Realización de exámenes y procedimientos necesarios, determinados por clínica IRAM para identificar el tipo, estado y extensión de la enfermedad, exámenes de laboratorio, radiología, scanner, resonancia nuclear magnética, entre otros que estime necesarios IRAM, sin costo para el asegurado.
Ejecución del tratamiento	Cubre la ejecución de tratamiento comprobado y multidisciplinario de la enfermedad a través de tratamiento de radioterapia, sin costo para el asegurado.
Tratamiento de quimioterapia	Cubre tratamiento de quimioterapia, sin costo para el asegurado.
Hospitalización	La hospitalización incluye los días cama, el derecho a pabellón, UTI intermedio y procedimientos diagnósticos intrahospitalarios, sin costo para el asegurado.
Farmacia Intrahospitalaria	Medicamentos, insumos, materiales clínicos y banco de sangre, con tope 4 UF por hospitalización.
Drogas Antineoplásicas	Los gastos por concepto de drogas antineoplásicas indicadas por IRAM, con tope de 100 UF por cada tratamiento de quimioterapia.
Honorarios Médicos	Todos los honorarios médicos quirúrgicos, de radioterapeutas, de quimioterapeutas y honorarios del equipo paramédico quirúrgico, sin costo para el asegurado.
Nuevos tratamientos y evolución	Si eventualmente el asegurado ya tratado requiere de nuevos tratamientos oncológicos complementarios determinados por IRAM, serán sin costo para el asegurado.

La Cobertura Oncológica cubre tratamiento de Cáncer in situ y Cáncer a la piel.

El tratamiento Oncológico del asegurado lo realiza clínica IRAM, ubicada únicamente en la ciudad de Santiago, Región Metropolitana, derivando al asegurado a los profesionales y/o centros hospitalarios que IRAM estipule. La cobertura de la presente póliza no incluye reembolso de ningún gasto asociado a traslado o estadía en la ciudad de Santiago.

Para acceder a la cobertura Oncológica, es requisito haber utilizado el sistema previsional de salud, ya sea ISAPRE o FONASA.

Importante: no podrán acceder a la cobertura personas que al momento de la contratación del seguro se encuentren en el plan FONASA "A" o FONASA "Prais".

2. DEFINICIONES.

1. **Asegurado:** Es toda persona que debidamente aceptada como tal por la Compañía se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Podrán ser Asegurados de esta Póliza un Asegurado Titular y además, como Asegurados Dependientes, su cónyuge, conviviente civil, y/o hijos, sin perjuicio de que en las Condiciones Particulares de esta Póliza se incorporen como Asegurados dependientes personas distintas a éstos.
2. **Ciclo de Quimioterapia:** Corresponde a la administración de un conjunto de drogas en forma repetida, con una secuencia y número de veces previamente establecido en una receta y/u orden médica debidamente emitida por un médico especialista.
3. **Compañía:** Es la entidad Aseguradora cuya Póliza de seguro selecciona el Contratante, tomando de su cuenta el riesgo.
4. **Contratante:** Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
5. **Diagnóstico de Cáncer:** Corresponde a la determinación en forma clara del proceso patológico que sufre el Asegurado. Esto incluye el tipo de cáncer, la localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación celular y la etapa clínica. Dicho Diagnóstico de Cáncer deberá constar con un Informe Anátomo Patológico, que acredite tal diagnóstico.
6. **Edad Actuarial:** Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo del Asegurado, ya sea pasado o futuro, en una determinada fecha.
7. **Enfermedad Preexistente:** Es cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situaciones de salud en general que afecten al Asegurado, diagnosticada al Asegurado o conocido el diagnóstico por quien contrata en su favor con anterioridad a la fecha de contratación de una determinada cobertura.
8. **Hospitalización:** Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común y que utilice a lo menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicho establecimiento.
9. **Hospital:** Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, viviendas particulares, Hospitalización domiciliaria y/o atención médica domiciliaria, sanatorios particulares, casas para convalecientes y lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como a drogas, tabaco y/o alcohol.
10. **Informe Anatomopatológico:** Se refiere a la documentación que da cuenta de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Anatomopatológico bajo los términos de esta Póliza, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser original, fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe (médico especialista Anatomopatólogo, certificado). El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico e histoquímico/inmunohistoquímico de la biopsia.
11. **Período de Gracia:** Es el período de tiempo, señalado en las condiciones particulares, durante el cual la Póliza permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante la Prima convenida. Dicho plazo se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Si el Asegurado fallece durante este periodo se deducirá del Capital Asegurado a pagar la Prima vencida y no pagada.
12. **Prestador:** Corresponde a la o las instituciones designada(s) por la Compañía en las Condiciones Particulares de la Póliza, destinada(s) a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta Póliza. La Compañía podrá designar nuevos Prestadores, así como revocar designaciones de éstos durante toda la vigencia de la Póliza.
13. **Póliza:** Corresponde al documento justificativo del seguro.
14. **Prima:** Es la retribución o precio del seguro y en este caso corresponde a la suma de dinero que el Contratante se compromete a pagar a la Compañía. Su monto, periodicidad y forma de pago se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
15. **Tratamiento:** Es la planificación y ejecución de un conjunto de acciones médicas efectuadas a un paciente, con el propósito de curar una enfermedad determinada.
16. **Tratamiento de Quimioterapia:** Es la planificación y ejecución de un conjunto predeterminado de ciclos de quimioterapia efectuados a un paciente en un tiempo determinado, con el propósito de curar una enfermedad de cáncer.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado podrá encontrar todas las definiciones asociadas a este seguro en las Condiciones Generales del POL 3 2017 0050.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.

Los requisitos de asegurabilidad son los siguientes:

3.1. ASEGURADO TITULAR, CÓNYUGE, PAREJA, PADRE, MADRE, SUEGROS

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años.
- Edad Máxima de Ingreso: 80 años y 364 días.
- Edad Máxima de Permanencia: 99 años y 364 días.

3.2. ASEGURADOS HIJO, HIJA, HIJASTRO, HIJASTRA:

- Edad Mínima de Ingreso: 0 años.
- Edad Máxima de Ingreso y Permanencia: 23 años y 364 días.

4. EXCLUSIONES, COBERTURA POL 3 2017 0050:

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los daños susceptibles de ser indemnizados cuando se trate de gastos que provengan o se originen por:

- a. Enfermedades Preexistentes, sus consecuencias y complicaciones;
- b. Diagnóstico de Cáncer: biopsia e Informe Anatomopatológico;
- c. Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, estéticos, kinésicos o de rehabilitación;
- d. Tratamientos que no tengan como finalidad la cura de la enfermedad;
- e. Tratamientos paliativos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica;
- f. Tratamientos, procedimientos y/o estudios y/o protocolos de tipo experimental o de investigación clínica, que corresponden a esquemas de Tratamiento no habituales, fuera de las recomendaciones de Tratamiento con niveles de evidencia I o II del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para los diferentes cánceres y sus estados clínicos; o que no cuenten con autorización del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP);
- g. Cualquier tipo de prótesis y órtesis;
- h. Trasplantes;
- i. Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino;
- j. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y/o Hepatitis B o C;
- k. Gastos por concepto de medicamentos ambulatorios;
- l. La rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o Tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas;
- m. Atención y Hospitalización médica domiciliaria;
- n. Gastos provenientes de prestaciones otorgadas en otras instituciones que no sean las designadas por la Compañía, ni tampoco las que sean indicadas por profesionales no autorizados por ella;
- o. Traslados en ambulancia o en cualquier medio de transporte.

5. OTROS BENEFICIOS:**A. BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA:**

El asegurado podrá solicitar una mamografía anual desde los 35 años.

B. BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE PRÓSTATA:

El asegurado podrá solicitar un examen anual de antígeno prostático específico (PSA) desde los 45 años.

- Ambos beneficios operan bajo el sistema complementario de régimen previsional de salud, sin costo para el asegurado.
- **Importante:** Sólo para el caso de los beneficios adicionales mencionados en el presente artículo, el asegurado podrá obtener dichos beneficios tanto en la ciudad de Santiago como en regiones. En el caso de regiones, será en los Centros Médicos convenidos por IRAM.

6. PRIMA.

La prima de acuerdo al plan contratado es la siguiente:

Plan	Prima Neta Mensual (UF)	IVA Mensual (UF)	Prima Bruta Mensual (UF)
Plan I: Asegurado 18 a 54 años (sin adicionales)	0,1776	0,0337	0,2113
Plan II: Asegurado desde 55 años (sin adicionales)	0,7092	0,1347	0,8439
Plan III: Asegurado 18 a 54 años + 1 adicional	0,3552	0,0675	0,4227
Plan IV: Asegurado 18 a 54 años + 2 adicionales	0,4764	0,0905	0,5669
Plan V: Asegurado 18 a 54 años + 3 adicionales	0,5964	0,1133	0,7097
Plan VI: Asegurado desde 55 años + 1 adicional	0,8868	0,1685	1,0553
Plan VII: Asegurado desde 55 años + 2 adicionales	1,0068	0,1913	1,1981
Plan VIII: Asegurado desde 55 años + 3 adicionales	1,1280	0,2143	1,3423

Si el Contratante incurre en mora o simple retardo en el pago de la prima, la cobertura se mantendrá vigente por un periodo de gracia de máximo 60 días. En el caso que, transcurrido dicho período, el Asegurado no hubiera pagado la prima, se producirá el término del contrato de seguro de acuerdo a lo señalado en el Artículo 10, número 2, letra (a), de las Condiciones Generales del POL 3 2017 0050.

7. VIGENCIA DE LA COBERTURA.

La cobertura comienza en la fecha indicada en la presente póliza. El cobro de la prima comenzará conjuntamente con el inicio de vigencia de la cobertura y esta es de vigencia anual con renovación automática.

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura cesará por cualquiera de las causas mencionadas en el Artículo 8° y Artículo 10° de las Condiciones Generales del POL 3 2017 0050.

8. DENUNCIO EN CASO DE SINIESTROS.

En caso de presentar un siniestro, el(los) beneficiario(s) deberán hacer el respectivo denuncia a través de la Compañía o a través del portal web de Klare, tan pronto como sea posible o dentro de un plazo de 30 días desde que se conoce la existencia de la enfermedad, salvo en caso fortuito o de fuerza mayor.

En cualquier caso, el denunciante deberá enviar los siguientes antecedentes digitalizados al correo vida.colectivos@consorcio.cl, para la recepción del siniestro:

1. Diagnóstico comprobado y confirmado de Cáncer mediante informe de Biopsia.
2. Informe Anatomopatológico.

Importante: Los antecedentes mencionados anteriormente serán de cargo del propio asegurado.

Sin perjuicio de lo anterior, La Compañía si lo estima necesario podrá solicitar o requerir otros documentos o antecedentes que le permitan evaluar el siniestro denunciado.

Luego de entregados los antecedentes, la Compañía en conjunto con IRAM, realizará la evaluación de los antecedentes que envíe el asegurado, en un plazo de 10 días hábiles. Una vez que el siniestro esté aprobado, la Compañía indemnizará el capital de UF 50 de libre disposición y el asegurado será derivado a IRAM para iniciar su tratamiento Oncológico, de acuerdo a las coberturas indicadas en la presente póliza.

9. COMUNICACIONES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico o carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., Avda. El Bosque Sur 180, Piso 1, Las Condes, Santiago o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso de que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes." Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Consorcio y en www.aach.cl. Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

10. DERECHO DE RETRACTO.

El asegurado tiene derecho a retractarse de la contratación del seguro, sin expresión de causa o penalización alguna, en un plazo de 10 días corridos desde la contratación del seguro. Para esto debe comunicarse con la Compañía Aseguradora en alguna de sus sucursales o al número 600 221 3000.

Si el cliente ya pagó parte de la prima y se retracta dentro del plazo señalado, la Compañía le deberá devolver la prima correspondiente.

11. SELLO SERNAC.

Este seguro no cuenta con Sello SERNAC.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros

DECLARO HABER LEIDO ESTA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y ESTAR DE ACUERDO CON SU CONTENIDO



Klare Corredora de Seguros S.A.
Rut: 77.088.224-9



Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional de Seguros S.A.
Rut: 99.012.000-5

ANEXO

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de noviembre de 2013, las Compañías de Seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Consortio cuenta con una Unidad de Servicio a Clientes orientada a atender todas las consultas, requerimientos y reclamos de los clientes, relacionados con su producto contratado, y en general, con todo lo regulado en el presente contrato.

Consortio pone a su disposición los siguientes Canales de Contacto:

1. Sucursales de Arica a Punta Arenas. El listado de todas las sucursales y sus horarios de atención se encuentran informados en la página web www.consortio.cl.
2. Contact Center, llamando al teléfono 600 221 3000.
3. Página web www.consortio.cl. Usted puede contactarse con Consortio a través de la sección Contáctanos, en nuestra página web.

ANEXO

(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, a excepción de: a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha denuncia; b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170050

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 de la Compañía, y en base a la información que ha entregado la Compañía 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 tanto para el Asegurado como para la Compañía. Si el Contratante y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 2: COBERTURA.

En virtud de este seguro y en las condiciones y términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Compañía cubrirá los daños señalados en la presente Póliza en la forma y hasta los límites establecidos en las Condiciones Particulares de ésta, siempre que el siniestro se iniciare durante la vigencia de la misma. Adicionalmente por cada diagnóstico comprobado de cáncer, la Compañía pagará una indemnización al Asegurado siniestrado, cuyo monto, ocurrencia y forma de pago se encuentran señalados en las condiciones particulares de la presente Póliza. El derecho a la indemnización señalado en el párrafo anterior, no procederá si el Diagnóstico de Cáncer es consecuencia de otro anterior cubierto por la Póliza.

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por daños cubiertos, las prestaciones médicas realizadas al Asegurado e indicadas por el Prestador, con motivo de prestaciones otorgadas a consecuencia del Tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, que se presente en los Asegurados de esta Póliza y que se encuentre cubierta por ésta de acuerdo a las cláusulas siguientes, y que los referidos gastos se realicen por intermedio del Prestador que la Compañía determine en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dichos daños serán cubiertos siempre que cumplan los siguientes requisitos copulativos:

- Que la prestación cuyo gasto se solicita indemnizar derive directamente de un cáncer diagnosticado durante la vigencia de la Póliza;
- Que el gasto corresponda a prestaciones derivadas de enfermedades no excluidas en la presente Póliza de seguro.

La Compañía podrá establecer la forma de indemnizar de acuerdo a lo establecido en el artículo 563 del Código de Comercio, pudiendo pagar las sumas indemnizadas directamente al Prestador determinado por ésta.

Luego de haber utilizado el sistema previsional de salud, sea ISAPRE o FONASA, la Compañía cubrirá exclusivamente los siguientes gastos efectivamente incurridos y hasta los límites definidos en las Condiciones Particulares:

a) Aquellos gastos necesarios para corroborar un Diagnóstico de Cáncer ya determinado y diagnosticado por medio de una biopsia con Informe Anátomo Patológico, de cargo del Asegurado, y presentado en la Compañía dentro de los plazos fijados, comprendiendo consulta médica especializada, Hospitalización, intervención quirúrgica y exámenes complementarios que sean necesarios a juicio del Prestador designado por la Compañía.

b) Todos los honorarios profesionales por consultas, procedimiento clínicos, intervenciones quirúrgicas, mientras correspondan a honorarios, procedimientos e intervenciones realizadas e indicadas por el Prestador señalado por la Compañía.

c) Gastos provenientes del Tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, indicadas por el Prestador, incluyendo y sin ser taxativa su enunciación los gastos en cirugía, quimioterapia y/o radioterapia.

d) Gastos provenientes de las hospitalizaciones que sean indicadas por el Prestador a través del Médico tratante designado por éste y que se efectúen en la clínica que él disponga. La cobertura de gastos de Hospitalización comprenderá los días cama, el derecho a pabellón y los gastos por concepto de medicamentos e insumos en que se incurra durante la Hospitalización.

e) Los gastos por concepto de drogas antineoplásicas, indicadas por el Prestador.

f) Gastos provenientes de la observación de la evolución del Tratamiento, incluyendo las consultas y procedimientos clínicos necesarios, indicadas por el Prestador.

ARTÍCULO 3: DEFINICIONES.

1. Asegurado: Es toda persona que debidamente aceptada como tal por la Compañía se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Podrán ser Asegurados de esta Póliza un Asegurado Titular y además, como Asegurados Dependientes, su cónyuge, conviviente civil, y/o hijos, sin perjuicio de que en las Condiciones Particulares de esta Póliza se incorporen como Asegurados dependientes personas distintas a éstos.

2. Ciclo de Quimioterapia: Corresponde a la administración de un conjunto de drogas en forma repetida, con una secuencia y número de veces previamente establecido en una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista.

3. Compañía: Es la entidad Aseguradora cuya Póliza de seguro selecciona el Contratante, tomando de su cuenta el riesgo.

4. Contratante: Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

5. Deducible: Es la estipulación por la que asegurador y Asegurado acuerda en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.

6. Diagnóstico de Cáncer: Corresponde a la determinación en forma clara del proceso patológico que sufre el Asegurado. Esto incluye el tipo de cáncer, la localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación celular y la etapa clínica. Dicho Diagnóstico de Cáncer deberá constar con un Informe Anátomo Patológico, que acredite tal diagnóstico.

7. Edad Actuarial: Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo del Asegurado, ya sea pasado o futuro, en una determinada fecha.

8. Enfermedad Preexistente: Es cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situaciones de salud en general que afecten al Asegurado, diagnosticada al Asegurado o conocido el diagnóstico por quien contrata en su favor con anterioridad a la fecha de contratación de una determinada cobertura.

9. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común y que utilice a lo menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicho establecimiento.

10. Hospital: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, viviendas particulares, Hospitalización domiciliaria y/o atención médica domiciliaria, sanatorios particulares, casas para convalecientes y lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como a drogas, tabaco y/o alcohol.

11. Informe Anátomo Patológico: Se refiere a la documentación que da cuenta de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Anátomo Patológico bajo los términos de esta Póliza, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser original, fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe (médico especialista Anátomo patólogo, certificado). El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico e histoquímico/inmunohistoquímico de la biopsia.

12. Período de Gracia: Es el período de tiempo, señalado en las condiciones particulares, durante el cual la Póliza permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante la Prima convenida. Dicho plazo se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Si el Asegurado fallece durante este período se deducirá del Capital Asegurado a pagar la Prima vencida y no pagada.

13. Póliza: Corresponde al documento justificativo del seguro.

14. Prestador: Corresponde a la o las instituciones designada(s) por la Compañía en las Condiciones Particulares de la Póliza, destinada(s) a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta Póliza. La Compañía podrá designar nuevos Prestadores así como revocar designaciones de éstos durante toda la vigencia de la Póliza.

15. Prima: Es la retribución o precio del seguro y en este caso corresponde a la suma de dinero que el Contratante se compromete a pagar a la Compañía. Su monto, periodicidad y forma de pago se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

16. Tratamiento: Es la planificación y ejecución de un conjunto de acciones médicas efectuadas a un paciente, con el propósito de curar una enfermedad determinada.

17. Tratamiento de Quimioterapia: Es la planificación y ejecución de un conjunto predeterminado de ciclos de quimioterapia efectuados a un paciente en un tiempo determinado, con el propósito de curar una enfermedad de cáncer.

ARTÍCULO 4: DEDUCIBLE.

Para efectos de la cobertura entregada se aplicará un Deducible de acuerdo a los montos definidos en las condiciones particulares de esta Póliza.

ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los daños susceptibles de ser indemnizados cuando se trate de gastos que provengan o se originen por:

- (a) Enfermedades Preexistentes, sus consecuencias y complicaciones;
- (b) Diagnóstico de Cáncer: biopsia e Informe Anátomo Patológico;
- (c) Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, estéticos, kinésicos o de rehabilitación;
- (d) Tratamientos que no tengan como finalidad la cura de la enfermedad;
- (e) Tratamientos paliativos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica;
- (f) Tratamientos, procedimientos y/o estudios y/o protocolos de tipo experimental o de investigación clínica, que corresponden a esquemas de Tratamiento no habituales, fuera de las recomendaciones de Tratamiento con niveles de evidencia I o II del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para los diferentes cánceres y sus estados clínicos; o que no cuenten con autorización del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP);
- (g) Cualquier tipo de prótesis y órtesis;
- (h) Trasplantes;
- (i) Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino;
- (j) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y/o Hepatitis B ó C;
- (k) Gastos por concepto de medicamentos ambulatorios;
- (l) La rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o Tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas;
- (m) Atención y Hospitalización médica domiciliaria;
- (n) Gastos provenientes de prestaciones otorgadas en otras instituciones que no sean las designadas por la Compañía, ni tampoco las que sean indicadas por profesionales no autorizados por ella;
- (o) Traslados en ambulancia o en cualquier medio de transporte.

ARTÍCULO 6: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado estará obligado a: (i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo; y (ii) pagar la Prima en la forma y época pactadas. Si el Contratante y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado

Sin perjuicio de lo anterior, para obtener los beneficios de esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir los siguientes requisitos copulativos:

- a) Contar con un Diagnóstico de Cáncer ya comprobado acreditado con el Informe Anátomo Patológico correspondiente, conforme a lo señalado en el artículo 3 número 11 de la presente Póliza, que es de cargo del Asegurado
- b) Informar tal circunstancia a la Compañía, completando y firmando los formularios proporcionados para tal efecto.
- c) Concurrir, previa cita, al Prestador designado por la Compañía para ser atendido
- d) Cumplir cabalmente las indicaciones médicas y administrativas del Prestador.
- e) Asistir regularmente a todos los controles que le indique el Prestador.

ARTÍCULO 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, de conformidad con los requisitos y formalidades requeridas para el efecto por la normativa legal y administrativa vigente.

Dado lo anterior, el Asegurado deberá informar detalladamente a la Compañía lo que ésta le requiera acerca de todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos respondiendo los cuestionarios que la Compañía le presente, describiendo las patologías preexistentes y/o en estudio y someterse a los exámenes médicos que le sean requeridos. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía.

Si el siniestro no se ha producido y el Contratante y/o el Asegurado según corresponda, hubiera incurrido inexcusablemente en errores, retenciones o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, retenciones o inexactitudes sobre el Asegurado no revisten alguna de dichas características, la Compañía 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 de la Compañía o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última 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, la Compañía quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo indicado precedentemente y, en caso contrario, 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.

Estas sanciones no se aplicarán si la Compañía, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, retenciones o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 8: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

La duración de esta Póliza es de un año, contado desde la fecha de vigencia inicial de la Póliza señalado en las Condiciones Particulares, plazo que será renovado automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año, si ninguna de las partes informa por escrito a la otra su intención de no renovar la Póliza con una anticipación mínima de (30) días a la fecha de la correspondiente renovación.

Asimismo, la Compañía podrá proponer nuevas condiciones en cuanto a las Primas con una anticipación mínima de (30) días a la fecha de la correspondiente renovación, cuya aceptación podrá ser manifestada a través de los medios señalados en el Artículo 13 de las presentes condiciones generales provocando la renovación de la Póliza de acuerdo a las nuevas condiciones. De no ser aceptados los términos propuestos por la Compañía por parte del Contratante de la manera señalada, se producirá el término de la Póliza al momento de cumplirse el correspondiente período de vigencia.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de no renovación de la Póliza o en caso de término anticipado de la Póliza, los daños que afecten a Asegurados que se encontraran en Tratamiento cubiertos, serán indemnizados hasta un plazo de seis (6) meses contados desde la fecha de término de la Póliza.

ARTÍCULO 9: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

La Prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía o en los lugares que ésta designe, de acuerdo a la periodicidad escogida por el Contratante que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Si el Contratante incurre en mora o simple retardo en el pago de la Prima, la Cobertura se mantendrá vigente por el Período de Gracia señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En el caso que, transcurrido dicho período, el Asegurado no hubiera pagado la Prima, se producirá el término del contrato de seguro de acuerdo a lo señalado en el Artículo 10, número 2 letra (a) de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 10: TERMINACIÓN.

1. Respecto a la Cobertura:

La cobertura otorgada en la presente Póliza, terminará anticipadamente de forma automática con respecto a cada Asegurado, al momento de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

- a) En caso que un Asegurado se someta a un Tratamiento a raíz de un Diagnóstico de Cáncer en otras instituciones que no sean las designadas por la Compañía, o que abandone el Tratamiento indicado por el Prestador.
- b) En caso que la Compañía tome conocimiento de la existencia de un Diagnóstico de Cáncer previo a la contratación del seguro, que no haya sido informado a la Compañía.
- c) En caso que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) Por fallecimiento del Asegurado.

2. Respecto a la Póliza:

- a) En el caso que, previo aviso de la Compañía en los términos del artículo 528 del Código de Comercio y transcurrido el Periodo de Gracia, el Asegurado no pague la Prima convenida.
- b) En caso que la Compañía decida poner término de acuerdo a lo indicado en el inciso tercero del Artículo 7 de estas Condiciones Generales.
- c) En caso de verificarse la situación señalada en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte un cambio de moneda o unidad del contrato; o,
- d) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el Asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la Prima pagada no ganada por la Compañía correspondiente al tiempo no corrido.

En caso de producirse el término del contrato de seguro por las causas señaladas en el número 2 letras (b) o (c) de este Artículo 10, el contrato de seguro expirará en un plazo de treinta (30) días desde que la Compañía le haya enviado la comunicación al Contratante.

ARTÍCULO 11: MONEDA DEL CONTRATO.

Todos los valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El valor de la moneda extranjera, Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se considerará para el pago de las Primas e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la Póliza, conforme lo establecido en el artículo 10 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 12: CESIÓN POR CAMBIO DE CONTRATANTE.

El Contratante podrá ceder a terceros la Póliza de seguro, siempre que haya interés asegurable entre la persona que se le cederá la Póliza y los asegurados de la misma. Dicha cesión, sólo podrá efectuarse respecto de la condición de Contratante de la Póliza. Esta modificación podrá ser solicitada por los procedimientos y medios que la Compañía ponga a disposición del Contratante.

En caso que el fallecimiento del Contratante ocurra antes que el fallecimiento del Asegurado Titular, siendo éstos distintos, el Asegurado Titular asumirá el rol de Contratante de la Póliza, adquiriendo sus atribuciones y obligaciones respectivas.

ARTÍCULO 13: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

ARTÍCULO 14: DENUNCIA DE SINIESTROS.

Los interesados en la cobertura deberán notificar a la Compañía, tan pronto como sea posible, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, debiendo acreditar la ocurrencia del mismo declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias presentando los documentos exigidos en el artículo 6 precedente.

La Compañía evaluará los hechos denunciados a objeto de establecer si contractualmente el siniestro se encuentra cubierto por el seguro. Para ello podrá requerir de los interesados, los antecedentes que precise.

La liquidación del siniestro se sujetará a las normas impartidas por la Superintendencia de Valores y Seguros referidas a dicha materia.

ARTÍCULO 15: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia 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, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando mismo 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 las disputas entre el Asegurado y la Compañía que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 Unidades de Fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrán, por sí solos 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 lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 16: DOMICILIO.

Para todos los efectos derivados del presente contrato de seguro las partes fijan como domicilio especial el que se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

ARTÍCULO 17: CLÁUSULAS ADICIONALES.

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta Póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la Póliza.