

CONDICIONES PARTICULARES

Southbridge Compañía de Seguros Generales S.A., asegura de conformidad con las condiciones generales y particulares de la póliza, los intereses más adelante especificados por el monto que se indica a nombre de:

CÓDIGO PÓLIZA

POL320230281

PÓLIZA N°

XXXXXXXXXX

CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR

XXXXXXXXXX

RUT

XXXXXXXXXX

ASEGURADOS ADICIONALES

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

RUT

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

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
- Colectiva

VIGENCIA

Inicio
 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 de plazo limitado simple

PRIMA MONTO

XXX

MONEDA

- UF
- Peso
- Otra

PERIODO DE PAGO

- Anual
- Mensual
- Otro

CONDICIONES

- Fija
- Ajustable según contrato

COMISIÓN TOTAL DEL CORREDOR

Monto X% de la prima neta IVA
Sin comisión

PERIODO DE CARENCIA

No Aplica

ART. CG

Art 6

ART. CP

Art 6

REGLAS SOBRE PREEXISTENCIAS

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

ART. CG

Art 5

ART. CP

Art 4

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Sí
- No

ART. CG

Art 8

ART. CP

Art 3

EXCLUSIONES

- Sí
- No

ART. CG

Art 5

ART. CP

Art 4

EJEMPLO DE PÓLIZA

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

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

e-mail al correo electrónico

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:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE, FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos
 - 3.1 Duración de este seguro
 - 3.2 Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro
 - 3.3 De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - 3.4 En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
 - 3.5 Los requisitos para cobrar el seguro.
4. 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)
5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320230281 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 patologías 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, señalado 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.

1. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	
Nombre: XXXXXXXXXXXXXXXXX	
RUT: XXXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha de Nacimiento: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Comuna: XXXXXXXXXXXXXXXXX	Región: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Teléfono: XXXXXXXXXXXXXXXXX	Celular: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Correo Electrónico: XXXXXXXXXXXXXXXXX	

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 ADICIONALES			
Nombre y Apellidos	RUT	Relación con titular	Fecha de Nacimiento
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

3. IDENTIFICACIÓN DEL CORREDOR	
Razón social: XXXXXXXXXXXXXXXXX	RUT: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXX	

4. IDENTIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA	
Razón social: SOUTHBRIDGE COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.	RUT: 99.288.000-7
Dirección: Presidente Riesco 5335, piso 15, Las Condes, Santiago	

5. TABLA DE COMISIONES
Comisión de Intermediación: X% de la prima neta + IVA
Comisión de Recaudación: X% de la prima neta + IVA

6. VIGENCIA DE LA COBERTURA
Vigencia desde: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Vigencia Anual Renovable.

7. PRIMA BRUTA POR TRAMO DE EDAD

Tramo de edad	Tipo de plan	Prima Bruta Mensual
Asegurado entre 18 a 39 años	Individual - ISAPRE	UF 0,17
Asegurado entre 40 a 49 años		UF 0,30
Asegurado entre 50 a 59 años		UF 0,76
Asegurado entre 60 a 69 años		UF 1,21
Asegurado entre 70 a 79 años		UF 3,02
Asegurado de 80 años o mayor		UF 4,23

Tramo de edad	Tipo de plan	Prima Bruta Mensual
Asegurado entre 0 a 39 años	Familiar - ISAPRE	UF 0,45
Asegurado entre 40 a 49 años		UF 0,76
Asegurado entre 50 a 59 años		UF 1,36
Asegurado entre 60 a 69 años		UF 2,42

Asegurado entre 70 a 79 años		UF 6,04
Asegurado de 80 años o mayor		UF 9,67

Tramo de edad	Tipo de plan	Prima Bruta Mensual
Asegurado entre 18 a 39 años	Individual - FONASA FULL	UF 0,21
Asegurado entre 40 a 49 años		UF 0,45
Asegurado entre 50 a 59 años		UF 0,91
Asegurado entre 60 a 69 años		UF 1,51
Asegurado entre 70 a 79 años		UF 4,08
Asegurado de 80 años o mayor		UF 5,44

Tramo de edad	Tipo de plan	Prima Bruta Mensual
Asegurado entre 0 a 39 años	Familiar - FONASA FULL	UF 0,60
Asegurado entre 40 a 49 años		UF 0,91
Asegurado entre 50 a 59 años		UF 1,81
Asegurado entre 60 a 69 años		UF 3,02
Asegurado entre 70 a 79 años		UF 7,86
Asegurado de 80 años o mayor		UF 11,48

8. Capitales asegurados	
Tramo de edad	Capitales
Asegurado entre 18 a 39 años y 364 días	Hasta UF 30.000
Asegurado entre 40 a 49 años y 364 días	Hasta UF 30.000
Asegurado entre 50 a 59 años y 364 días	Hasta UF 30.000
Asegurado entre 60 a 69 años y 364 días	Hasta UF 30.000
Asegurado entre 70 a 79 años y 364 días	Hasta UF 5.000
Asegurado de 80 años o mayor	Hasta UF 5.000

Indemnización por diagnóstico de cáncer para todos los tramos de edad y para todos los asegurados	UF 50
---	-------

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 Southbridge Seguros Generales y se amparan en las condiciones generales según **POL 3 2023 0281** 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 en el proceso de contratación y en su declaración personal de salud 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 aseguradora.

Declaración Personal de Salud (DPS):

1.- ¿Tú, (Nombre cliente) y/o alguno de tus asegurados adicionales están en estudio o conocimiento y/o han sido diagnosticados y/o sometidos a tratamientos médicos por alguna de las siguientes causas?

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

Respuesta:

2.- ¿Tú, (Nombre cliente) y/o alguno de tus asegurados adicionales han tenido un resultado alterado en cualquiera de los siguientes exámenes?

- Virus del papiloma humano (VPH)
- Antígeno prostático
- Frotis de Papanicolau (PAP)
- Mamografía, ecografía.
- Tomografía computarizada o resonancia magnética con fines de diagnóstico oncológico.

Respuesta:

3.- ¿Tú, (Nombre cliente) y/o alguno de tus asegurados adicionales han sido rechazados de un seguro de vida o salud en el pasado?

Respuesta:

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 ello de acuerdo con 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 (Para Isapre y Fonasa)

1. DESCRIPCIÓN COBERTURA ONCOLÓGICA, POL 3 2023 0281.

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 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 la Red de Salud UC CHRISTUS para iniciar su tratamiento.

La Red de Salud UC CHRISTUS es la red de atención médica privada más importante del país con un amplio campo clínico en el que se forman los médicos del mañana. La Red de Salud UC CHRISTUS cuenta con once centros médicos entre los que se cuentan tres centros de salud familiar que operan en zonas de alta vulnerabilidad en la Región Metropolitana. Además, tiene una amplia red de unidades de toma de muestra para exámenes de laboratorio, un hospital y dos clínicas. Cerca de mil médicos y más de cuatro mil personas dedican su trabajo a cuidar de la salud de las personas.

A partir del momento en que haya operado el sistema previsional de salud, sea ISAPRE o FONASA, la cobertura Oncológica cubrirá los siguientes gastos efectivamente incurridos y hasta los límites definidos, que se detallan a continuación:

Producto y Montos Máximos		
Tramos de Edades Cronológicas por Asegurado	Máximo prestaciones en UF	Deducible UF
Hasta los 69 años y 364 Días	UF 30.000	0
Entre 70 y vitalicia	UF 5.000	150

El monto máximo de prestaciones en UF se considera por cada evento oncológico que el asegurado padezca durante la vigencia del seguro y no estará limitado a cantidad de eventos ni a la duración de los tratamientos. A su vez el deducible que opera a partir de cumplidos los 70 años del asegurado se aplicará por cada evento con cobertura desde cumplidos los 70 años.

PLAN DE SALUD ONCOLÓGICO ISAPRE

Descripción de los Beneficios		
Coberturas	Prestaciones con cobertura de Isapre	Prestaciones sin cobertura de Isapre (*)
Tipos de Prestaciones Hospitalarias		
Días Cama Medicina, UTI, UCI, Intermedio o Recuperación	100%	50%
Servicios Hospitalarios	100%	50%
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	50%
Insumos, medicamentos intrahospitalarios, órtesis y prótesis Quirúrgica (****)	100%	50%

Ambulancia Terrestre (**)	100%	50%
Tipos de Prestaciones Ambulatorias Beneficio Ambulatorio		
Cirugía Ambulatoria	100%	50%
Consultas Médicas no Siquiátricas	100%	50%
Exámenes de Laboratorio	100%	50%
Imagenología	100%	50%
Procedimientos de Diagnósticos y Terapéuticos	100%	50%
Otras Prestaciones		
Drogas Antineoplásicas (****)	100%	50%
Radioterapia y Quimioterapia	100%	50%
Medicamentos Ambulatorios para el Tratamiento del Cáncer (***)	100%	50%
Hospitalización Domiciliaria	100%	50%
Consulta Siquiátrica Asociadas a la Enfermedad (****)	100%	50%
(*) Se aplica la tabla de cobertura "Prestaciones sin cobertura de Isapre", cuando la previsión del beneficiario no tiene cobertura en el establecimiento de Red de Salud UC CHRISTUS en el cual se realizó la prestación, independiente si la prestación cuanta o no con Código Fonasa.		
(**) Para la prestación de Ambulancia Terrestre, el tope será de UF10 por evento y sin límite de eventos, siempre que el beneficiario sea hospitalizado.		
(***) La prestación de medicamentos ambulatorios, es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del cáncer que activó el otorgamiento de los beneficios de este producto, que se encuentre cubierta por este, haya sido diagnosticada por el médico tratante y que hayan sido parte de prestaciones otorgadas por Red de Salud UC CHRISTUS.		
(****) Con un límite de 30 consultas anuales, la cobertura contempla sólo Médicos Staff de Red UC en Red de Salud UC CHRISTUS.		
(*****) El monto máximo de beneficios por concepto Drogas antineoplásicas y otras asociadas al tratamiento del Cáncer es de un UF 5000 como único límite combinado, para toda la vigencia del Plan Oncológico.		

Para calcular el monto de tales beneficios, se descontarán previamente los aportes y/o bonificaciones y/o pagos correspondientes a las prestaciones de salud y seguros complementarios del asegurado, las que se cobrarán a los respectivos Sistemas de Salud Previsional y/o Seguros del asegurado.

Establecimientos Prestadores del Plan Oncológico: Serán los siguientes: (1) UC CHRISTUS Servicios Clínicos Spa (2) UC CHRISTUS Salud Spa (3) UC CHRISTUS Servicios Ambulatorios Spa (4) Pontificia Universidad Católica de Chile (5) También considera las prestaciones otorgadas por ASOMEDUC no obstante esta no tiene un establecimiento físico, sino que presta sus servicios dentro de las demás instalaciones. Los asegurados pueden informarse de los lugares en www.ucchristus.cl. Estos Establecimientos podrán ser

modificados y/o reemplazados por el Prestador de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

Requisitos para ser incorporados como asegurado al Plan Oncológico: Ser cónyuge y/o conviviente civil y/o pareja; los hijos del Contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja cumpliendo lo siguiente: (1) Edad mínima de ingreso contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja: 18 años cronológicos (2) La edad máxima de ingreso para contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja es de 79 años y 364 días (3)) La edad mínima de ingreso para hijos es desde su nacimiento (4) La edad máxima de ingreso para hijos es hasta los 24 años y 364 días. (5) Solo podrán incorporarse a este Plan personas cuyo Sistema Previsional de Salud es Isapre.

Edades máximas de permanencia: La permanencia para contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja será vitalicia y para hijos esta será hasta que cumplan los 25 años y 364 días de edad. Para efectos de este seguro el término "Asegurado" se entenderá que cubre tanto al Contratante titular como Beneficiarios.

Cambio de Sistema Previsional de salud: A partir del cambio del Sistema Previsional de Salud de Isapre a FONASA B – C - D, se generará en forma automática y sin necesidad de aviso alguno, una modificación en la cobertura del seguro equivalente a la siguiente Tabla de Beneficios:

Descripción de los Beneficios		
Coberturas	Prestaciones con cobertura de Fonasa	Prestaciones sin cobertura de Fonasa (*)
Tipos de prestaciones Hospitalarias		
Días Cama Medicina, UTI, UCI, Intermedio o Recuperación	50%	25%
Servicios Hospitalarios	50%	25%
Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	25%
Insumos, medicamentos intrahospitalarios, órtesis y prótesis Quirúrgica (****)	50%	25%
Ambulancia Terrestre (**)	50%	25%
Tipos de Prestaciones Ambulatorias Beneficio Ambulatorio		
Cirugía Ambulatoria	50%	25%
Consultas Médicas no Siquiátricas	50%	25%
Exámenes de Laboratorio	50%	25%
Imagenología	50%	25%
Procedimientos de Diagnósticos y Terapéuticos	50%	25%
Otras prestaciones		
Drogas Antineoplásicas (****)	50%	25%

Radioterapia y Quimioterapia	50%	25%
Medicamentos Ambulatorios para el Tratamiento del Cáncer (***)	50%	25%
Hospitalización Domiciliaria	50%	25%
Consulta Siquiátrica Asociadas a la Enfermedad (****)	50%	25%

A su vez si un asegurado no cuenta con un Sistema Previsional de Salud al momento de realizar su tratamiento oncológico, este seguro no otorgará cobertura a las prestaciones realizadas.

PLAN DE SALUD ONCOLÓGICO FONASA FULL

Descripción de los Beneficios		
Coberturas	Prestaciones con cobertura de Fonasa	Prestaciones sin cobertura de Fonasa (*)
Tipos de Prestaciones Hospitalarias		
Días Cama Medicina, UTI, UCI, Intermedio o Recuperación	100%	50%
Servicios Hospitalarios	100%	50%
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	100%
Insumos, medicamentos intrahospitalarios, órtesis y prótesis Quirúrgica (****)	100%	50%
Ambulancia Terrestre (**)	100%	50%
Tipos de Prestaciones Ambulatorias Beneficio Ambulatorio		
Cirugía Ambulatoria	100%	50%
Consultas Médicas no Siquiátricas	100%	50%
Exámenes de Laboratorio	100%	50%
Imagenología	100%	50%
Procedimientos de Diagnósticos y Terapéuticos	100%	50%
Otras Prestaciones		
Drogas Antineoplásicas (****)	100%	50%
Radioterapia y Quimioterapia	100%	50%
Medicamentos Ambulatorios para el Tratamiento del Cáncer (***)	100%	50%
Hospitalización Domiciliaria	100%	50%

Consulta Siquiátrica Asociadas a la Enfermedad (****)	100%	50%
(*) Se aplica la tabla de cobertura “Prestaciones sin cobertura de Fonasa”, cuando la previsión del beneficiario no tiene cobertura en el establecimiento de Red de Salud UC CHRISTUS en el cual se realizó la prestación, independiente si la prestación cuanta o no con Código Fonasa.		
(**) Para la prestación de Ambulancia Terrestre, el tope será de UF10 por evento y sin límite de eventos, siempre que el beneficiario sea hospitalizado.		
(***) La prestación de medicamentos ambulatorios, es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del cáncer que activó el otorgamiento de los beneficios de este producto, que se encuentre cubierta por este, haya sido diagnosticada por el médico tratante y que hayan sido parte de prestaciones otorgadas por Red de Salud UC CHRISTUS.		
(****) Con un límite de 30 consultas anuales, la cobertura contempla sólo Médicos Staff de Red UC en Red de Salud UC CHRISTUS.		
(*****) El monto máximo de beneficios por concepto Drogas antineoplásicas y otras asociadas al tratamiento del Cáncer es de un UF 5000 como único límite combinado, para toda la vigencia del Plan Oncológico.		

Para calcular el monto de tales beneficios, se descontarán previamente los aportes y/o bonificaciones y/o pagos correspondientes a las prestaciones de salud y seguros complementarios del asegurado, las que se cobrarán a los respectivos Sistemas de Salud Previsional y/o Seguros del Asegurado.

A su vez si un asegurado no cuenta con un Sistema Previsional de Salud al momento de realizar su tratamiento oncológico, este seguro no otorgará cobertura a las prestaciones realizadas.

Establecimientos Prestadores del Plan Oncológico: Serán los siguientes: (1) UC CHRISTUS Servicios Clínicos Spa (2) UC CHRISTUS Salud Spa (3) UC CHRISTUS Servicios Ambulatorios Spa (4) Pontificia Universidad Católica de Chile (5) También considera las prestaciones otorgadas por ASOMEDUC no obstante esta no tiene un establecimiento físico, sino que presta sus servicios dentro de las demás instalaciones. Los asegurados pueden informarse de los lugares en www.ucchristus.cl. Estos Establecimientos podrán ser modificados y/o reemplazados por el Prestador de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

Requisitos para ser incorporados como asegurado al Plan Oncológico: Ser cónyuge y/o conviviente civil y/o pareja; los hijos del Contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja cumpliendo lo siguiente: (1) Edad mínima de ingreso contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja: 18 años cronológicos (2) La edad máxima de ingreso para contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja es de 79 años y 364 días (3)) La edad mínima de ingreso para hijos es desde su nacimiento (4) La edad máxima de ingreso para hijos es hasta los 24 años y 364 días. (5) Solo podrán incorporarse a este Plan personas cuyo Sistema Previsional de Salud es FONASA.

Edades máximas de permanencia: La permanencia para contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja será vitalicia y para hijos esta será hasta que cumplan los 25 años y 364 días de edad. Para efectos de este seguro el término “asegurado” se entenderá que cubre tanto al Contratante titular como Beneficiarios.

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 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 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 Anatomatólogo, 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. **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.
14. **Póliza:** Corresponde al documento justificativo del seguro.

- 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.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado podrá encontrar todas las definiciones asociadas a este seguro en las Condiciones Generales código **POL 3 2023 0281** que han sido debidamente registradas en el depósito que para este efecto lleva la Comisión para el Mercado Financiero.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.

Los requisitos de asegurabilidad son los siguientes:

3.1. ASEGURADO TITULAR, CÓNYUGE, PAREJA CONVIVIENTE.

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años.
- Edad Máxima de Ingreso: 79 años y 364 días.
- Edad Máxima de Permanencia: 115 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.

RELACIÓN RESPECTO AL ASEGURADO TITULAR

En caso del plan familiar, para ser agregados como asegurados adicionales del asegurado titular, éstos deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser cónyuge y/o conviviente civil y/o pareja del Asegurado Titular.
- b) Ser hijos del Contratante, cónyuge, conviviente civil o pareja.

4. EXCLUSIONES, COBERTURA POL 3 2023 0281:

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) Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, estéticos, kinésicos o de rehabilitación.
- c) Tratamientos que no tengan como finalidad la cura de la enfermedad.
- d) Tratamientos paliativos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica.
- e) 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).
- f) Cualquier tipo de prótesis y órtesis.
- g) Trasplantes.

- h) Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino.
- i) 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.
- j) Gastos por concepto de medicamentos ambulatorios.
- k) La rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o Tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas.
- l) Atención y Hospitalización médica domiciliaria.
- m) 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.
- n) Traslados en ambulancia o en cualquier medio de transporte.

5. PAGO DE PRIMA:

El importe de las primas será cargado automáticamente en el medio de pago del asegurado, según este lo haya estipulado en la propuesta o solicitud de incorporación. **La periodicidad del pago será mensual.**

Una vez establecida las fechas de pago, el asegurado tendrá un plazo de hasta 60 días para efectuar dicho pago, de lo contrario la compañía pondrá en mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima.

Si el obligado al pago incurre en mora o simple retardo en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, se declarará terminado el contrato mediante carta certificada dirigida al domicilio que el contratante y el asegurado haya señalado en la póliza.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de 15 días recién señalado recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Mientras la terminación no haya operado, la compañía aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva carta en que así lo comunique a la persona que contrató el seguro y dirigida al domicilio antes aludido en este artículo.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en este artículo, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

6. VIGENCIA DE LA COBERTURA.

La cobertura comienza en la fecha indicada en la presente póliza, la cual se inicia al día de contratación del seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura cesará por cualquiera de las causas mencionadas en el Artículo 9° y Artículo 11° de las Condiciones Generales del POL 3 2023 0281.

7. DENUNCIO EN CASO DE SINIESTROS.

En caso de presentar un diagnóstico comprobado y confirmado de Cáncer, el (los) beneficiario(s) deberán comunicarlo por escrito a **siniestros@sbins.cl** o contactándose al **800 200 802**, dentro del menor plazo

posible, el cual no podrá superar los 30 días de ocurrido el siniestro, salvo en caso fortuito o de fuerza mayor, empleando para tal efecto un formulario de presentación de siniestros que proporcionará su corredor de seguros.

En cualquier caso, el denunciante deberá enviar los siguientes antecedentes digitalizados al correo **siniestros@sbins.cl**, para la recepción del siniestro:

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

Es un requisito esencial del presente contrato y su eventual cobertura, que el Contratante del seguro haya realizado el pago de la prima. En caso de no haber realizado el pago de una o más cuotas, deberá abonar el saldo pendiente para poder activar su caso y obtener la cobertura pactada.

El formulario de denuncia se encuentra ingresando en la sección de Denuncia de Siniestro del sitio web de la compañía: <https://www.sbseguros.cl/denuncia-siniestro-oncologico>

Una vez recibidos los antecedentes por parte del (de los) beneficiario(s), Southbridge enviará dicha información a UC CHRISTUS, el cual procederá de la siguiente forma:

- 1.- Si el diagnóstico y confirmación de Cáncer fue realizado en un establecimiento de la Red de Salud UC CHRISTUS, Southbridge procederá al pago de la Indemnización por diagnóstico de cáncer de UF 50 y UC CHRISTUS coordinará directamente con el (los) beneficiario(s) el comienzo del tratamiento.
- 2.- Si el diagnóstico y confirmación de Cáncer **NO** fue realizado en un establecimiento de la Red de Salud UC CHRISTUS, este solicitará una reevaluación en un establecimiento de la Red de Salud UC CHRISTUS, a coste del (de los) beneficiario(s). Si se reconfirma el diagnóstico de Cáncer, Southbridge procederá al pago de la Indemnización por diagnóstico de cáncer de UF 50 y UC CHRISTUS coordinará directamente con el (los) Beneficiario(s) el comienzo del tratamiento.
- 3.- Si el diagnóstico y confirmación de Cáncer **NO** fue realizado en un establecimiento de la Red de Salud UC CHRISTUS, este solicitará una reevaluación en un establecimiento de la Red de Salud UC CHRISTUS, a coste del (de los) beneficiario(s). Si **NO** se reconfirma el diagnóstico de Cáncer, el siniestro será rechazado.

Notas:

- La compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario, para poder realizar la respectiva liquidación de siniestro. Asimismo, y en el caso de existir primas impagas al momento del siniestro, éstas serán descontadas del monto a indemnizar.
- Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, conforme a Circular N°2106 de fecha 31 de mayo de 2013, circular emitida por la SVS de Chile, actualmente la Comisión para el Mercado Financiero (CMF).

8. SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

Para cualquier duda o consulta en relación con este seguro, los asegurados o sus beneficiarios podrán encontrarla en su sitio privado de www.segurofacil.cl o bien podrán contactarse con el Servicio de Atención al Cliente de Southbridge.

Contact Center

800 200 802

Desde celular: 02 28268000

contacto@sbins.cl

Casa Matriz

Av. Presidente Riesco 5335, piso 15 Las Condes.

Santiago – Chile

9. DERECHO A RETRACTO

El Contratante o Asegurado Titular tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de diez días (10), contados desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo el derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

El retracto del asegurado deberá comunicarse al asegurador o corredor de seguros que intermedie el seguro, por cualquier medio que permita la expresión fehaciente de voluntad, debiendo el asegurador o corredor conservar la comunicación correspondiente en forma íntegra y en un soporte duradero.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguro cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el inciso precedente.

Lo antes descrito, se encuentra establecido según Código de Comercio (modificación del 2013), Art. 538.

Anexo N° 1**INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES
Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de la Circular N°2131 de la Comisión para el Mercado Financiero del 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 o beneficiarios, o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende 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 en 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.

Anexo N° 2**(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 Asegurador 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 parte de 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 el liquidador dentro del 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 deberán 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 del 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:

A la brevedad, 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 períodos, informando los motivos que la fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizaran, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los 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, no 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 al 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1055, 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 POL 3 2023 0281

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 Anatómo 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, procedimientos 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 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. Neoplasia maligna: Término que describe las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control e invaden los tejidos cercanos. Es posible que las células de las neoplasias malignas también se diseminen a otras partes del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo y linfático.

13. 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.

14. Póliza: Corresponde al documento justificativo del seguro.

15. Prestador: Corresponde a la o las instituciones designadas 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.



16. 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.

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

18. 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) Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, estéticos, kinésicos o de rehabilitación;
- (c) Tratamientos que no tengan como finalidad la cura de la enfermedad;
- (d) Tratamientos paliativos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica;
- (e) 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);
- (f) Cualquier tipo de prótesis y órtesis;
- (g) Trasplantes;
- (h) Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino;
- (i) 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;
- (j) Gastos por concepto de medicamentos ambulatorios;
- (k) La rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o Tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas;
- (l) Atención y Hospitalización médica domiciliaria;
- (m) 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;
- (n) Traslados en ambulancia o en cualquier medio de transporte.

ARTÍCULO 6º: CARENCIA

Esta cobertura tiene un período de carencia, el que estará definido en las Condiciones Particulares de la póliza y se contabilizará a partir del inicio de vigencia de cada asegurado. En virtud de lo anterior, la cobertura



contenida en la presente póliza comenzará a regir sólo una vez que haya transcurrido dicho período. Por lo tanto, no estarán cubiertos por esta póliza los tratamientos de neoplasias malignas que sean diagnosticadas durante el período antes indicado. En caso de encontrarse un Asegurado en esta situación, la póliza terminará automáticamente para él.

ARTÍCULO 7: 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 Anatómo 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 8: 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, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias 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, reticencias 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 9: 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 14 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 10: 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 11, número 2 letra (a) de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 11: 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 de 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 de 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 de 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 de que la Compañía decida poner término de acuerdo a lo indicado en el inciso tercero del Artículo 8 de estas Condiciones Generales.
- c) En caso de verificarse la situación señalada en el Artículo 12 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 12: 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 Comisión para el Mercado Financiero (CMF), 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 hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la Póliza, conforme lo establecido en el artículo 11 de estas Condiciones Generales.



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 7 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 3º 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.

EJEMPLO DE PÓLIZA