

ENFERMEDADES GRAVES E INTERVENCIONES CLAUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado bajo esta cláusula, por una sola vez, el capital estipulado en las Condiciones Particulares correspondiente a esta cláusula. Será requisito para el pago, que el Asegurado sobreviva noventa (90) días al diagnóstico de una de las siguientes enfermedades o lesiones que a continuación se detallan:

- a) Infarto del miocardio (Ataque al corazón)
- b) Derrame o hemorragia e infarto cerebral
- c) Cáncer
- d) Fallo renal o Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)

O, la práctica de algunas de las siguientes intervenciones:

- a) Cirugía de By-pass Aortocoronaria y
- b) Transplante de órganos

Tanto el diagnóstico de las enfermedades, como la práctica de las intervenciones, deberán efectuarse por un médico especialista y bajo continuidad de cobertura de esta cláusula adicional.

Si a consecuencia de la enfermedad o de la intervención el Asegurado falleciera antes de alcanzar el periodo de sobrevivencia requerido a que se hace mención en el inciso primero de este artículo, La Compañía solo pagará, si corresponde, el capital estipulado en el seguro principal.

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

- a) Enfermedades

Infarto Agudo del Miocardio

Para los efectos de esta cláusula, se define como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un flujo sanguíneo deficiente en la zona afectada. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y cumplir con todos los criterios:

- a) Historia de dolor torácico típico.
- b) Nuevos cambios en el electrocardiograma característicos de infarto
- c) Elevación de enzimas cardíacas específicas del infarto

Derrame o Hemorragia e Infarto Cerebral

Para los efectos de esta cláusula, se define como cualquier incidencia cerebro-vascular que incluye la muerte de tejido cerebral, hemorragia, trombosis y embolia originada en una fuente extracraneal. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica estable e invalidante, de una duración de por lo menos 90 días.

Quedará excluido: Accidente Isquémico transitorio(TIA), síntomas neurológicos secundarios de migraña e infartos lacunares sin déficit neurológico.

El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista en neurología refrendado con estudios de imágenes.

Cáncer

Para los efectos de esta cláusula, se define como la enfermedad provocada por una neoplasia maligna o tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición, **pero en cambio no lo está cualquier clase de cáncer no invasivo e in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.**

El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista

Insuficiencia Renal

Para los efectos de esta cláusula, se definen como la falla total, crónica e irreversible, de la función de ambos riñones, que exija la diálisis renal regular (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o riñón artificial permanente o trasplante renal.

No está cubierta la insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal

b) Intervenciones

Cirugía By-pass Aortocoronaria

Para los efectos de esta cláusula, se define como la intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran obstruidas, introduciéndose un bypass arterio-coronario. La angioplastia o cualquier otra intervención intra-arterial, no están cubiertas por esta cláusula.

Quedaran excluidas: las angioplastias, cirugía por toracotomía mínima y procedimiento intra-arterial

Trasplante

Para los efectos de esta cláusula, se define como la sustitución total o parcial de un órgano enfermo en todo o parte, de la siguiente lista: corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas intestino delgado o médula ósea.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de cobertura las enfermedades o intervenciones que resulten o sean consecuencia de:

- a) Adicción al alcohol o a las drogas.**
- b) Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia.**
- c) Suicidio frustrado, o su tentativa, y cualquier autolesión intencionada.**
- d) Padecimientos congénitos**
- f) Enfermedades preexistentes**
- g) Trasplantes que sean procedimientos de investigación**

No podrá ser asegurada bajo esta cláusula la persona a quien le haya sido diagnosticada, con anterioridad al período de cobertura señalado en las Condiciones Particulares de esta cláusula, alguna de las enfermedades descritas en el Artículo segundo, o alguna enfermedad que dé origen a las intervenciones descritas en el mismo artículo.

ARTÍCULO Nº 4: PERÍODO DE COBERTURA Y RENOVACION

El período de vigencia de esta cláusula será de un (1) año a contar de su inicio de vigencia, y a su vencimiento se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovar la misma con 30 días de anticipación a su vencimiento. La Compañía establecerá la prima de acuerdo al Capital Asegurado y edad alcanzada para cada periodo de renovación. Si cambia el monto de la prima de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso de silencio del Contratante se entenderá que aprueba la modificación.

ARTÍCULO Nº 5: PERIODO DE CARENCIA

Habrá una carencia de noventa (90) días, a contar del inicio de vigencia de esta cláusula. La renovación inmediata y sucesiva de la vigencia de la cláusula tendrá igual carencia sólo respecto de aquella parte en que se haya aumentado el Capital Asegurado, modificación que deberá ser previamente aceptada por La Compañía.

ARTÍCULO Nº 6: AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura el Asegurado deberá presentar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía los siguientes documentos:

- **Copia simple del Documento de identidad del asegurado.**
- **Historia Clínica completa, foliada y fedateada**

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

- 1. Una vez que el Asegurado haya presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro. Que la póliza se encuentre vigente y la causal del siniestro no se encuentre dentro de las exclusiones.**
- 2. Si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para el pago del siniestro en la presente póliza la Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.**

Sin perjuicio de ello, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Asegurado, dentro del plazo inicial de treinta (30) días, la ampliación de dicho plazo. Si el Asegurado no lo aprueba, La Compañía podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El capital será pagado en

un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, en las Oficinas de Atención al Cliente.

ARTÍCULO Nº 7: BENEFICIARIOS

El Beneficiario de esta cláusula adicional es el propio Asegurado, salvo que las Condiciones Particulares de esta cláusula individualicen a otra u otras personas como Beneficiario.

ARTÍCULO Nº 8: RESOLUCIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional terminará en las siguientes situaciones:

- a) El término del seguro principal por la causa que sea, producirá el término de la cobertura de esta cláusula.**
- b) El pago del capital asegurado bajo esta cláusula causará el término de esta cobertura.**
- c) Si durante el período de carencia señalado en el Artículo quinto de esta cláusula, se le diagnosticare médicamente al Asegurado alguna de las enfermedades descritas en el Artículo segundo, o si durante dicho período de carencia se le practicare o diagnosticare alguna de las intervenciones descritas en el mismo artículo segundo, se pondrá término a la cobertura, quedando a disposición del contratante las primas que se hubieren pagado por la misma cláusula.**
- d) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.**

La prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

ARTICULO Nº 9: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

No aplica.

ARTICULO Nº 10: MECANISMO Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Se rige por las Condiciones Generales de la Póliza.