

CLAUSULA DE ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320140307

No obstante lo estipulado en las Condiciones Generales, la presente Cláusula Adicional se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTICULO 1º: COBERTURA

El capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento de un Asegurado, será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al Contratante del seguro principal en caso que, dentro de la vigencia de esta Cláusula, se diagnostique al Asegurado por primera vez una enfermedad o sea sometido a una intervención quirúrgica de aquellas cubiertas por esta Cláusula, en los términos y condiciones establecidos que se estipulan a continuación.

Por consiguiente, el pago de la indemnización al Asegurado, por concepto de la presente Cláusula Adicional producirá la terminación inmediata de la cobertura principal para dicho Asegurado y de todas las demás Cláusulas Adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal para dicho Asegurado.

Enfermedades graves cubiertas: la presente Cláusula cubrirá todas las enfermedades e intervenciones quirúrgicas que se indican a continuación, a menos que expresamente algunas de ellas sean excluidas en las Condiciones Particulares de la póliza:

1. Cáncer: La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

Los siguientes cánceres no están cubiertos por esta Cláusula:

- a. Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados por histología como premalignos;
- b. Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3.
- c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- d. Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- e. Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- f. Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor).

2. Accidente vascular cerebral: Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que dure más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo seis (6) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

3. Infarto al miocardio: La muerte de una porción del músculo cardíaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.

4. Revascularización coronaria (by-pass): Comprende la que se realiza por consejo de un médico especialista en esta cirugía, para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, pero quedan excluidas las técnicas no operatorias mediante cirugía, como la angioplastia, el tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.

5. Insuficiencia renal crónica: La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

ARTICULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula se entenderá por:

a) Accidente: Todo suceso imprevisto involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones físicas que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se considerarán accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, enfermedades mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

b) Enfermedad: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

c) Evento: Todas las intervenciones quirúrgicas definidas en el artículo primero y toda enfermedad grave cubierta por esta Cláusula, sus consecuencias y recaídas posteriores, que haya sido diagnosticada por primera vez al asegurado.

d) Médico: Persona habilitada y legalmente autorizada para ejercer la medicina humana según el Artículo 112 del Código Sanitario.

e) Médico especialista: Médico que posee estudios profundizados, experiencia o práctica profesional en una o más ramas de la medicina y, que se encuentra adscrito a un capítulo o sociedad médica de esa especialidad, que permite ser reconocido como tal por sus pares.

ARTICULO 3º: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las definiciones y descripción de las enfermedades señaladas en el artículo primero y de aquellas establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal, no estarán cubiertas por esta Cláusula Adicional las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

- a) SIDA o presencia del virus VIH,
- b) Leucemia linfocítica crónica,
- c) Suicidio, intento de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones auto ocasionadas, ya sea en estado de cordura o demencia,
- d) Riesgos nucleares,
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación,
- f) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica.
- g) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- h) Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado.
- i) Enfermedad, Situaciones o Dolencias Preexistentes entendiéndose por tal cualquiera enfermedad, dolencia, o situación de salud, diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor antes de la contratación del seguro.

ARTÍCULO 4º: BENEFICIARIOS

En conformidad al artículo 1º de esta Cláusula, el beneficiario será el Contratante de la póliza individualizado en las Condiciones Particulares. No obstante lo anterior, en caso de fallecer el asegurado antes del pago del siniestro, el monto asegurado se pagará a los beneficiarios individualizados para la cobertura principal. A falta de designación expresa de beneficiario, el monto asegurado será pagado a los herederos legales del Asegurado según posesión efectiva.

ARTÍCULO 5º: PRIMAS

La prima correspondiente a la cobertura de que da cuenta esta Cláusula Adicional se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 6º: DENUNCIA DE SINIESTROS

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía que se le ha sometido a intervención quirúrgica o diagnosticado alguna enfermedad de aquellas cubiertas por esta Cláusula que puedan ser motivo de indemnización, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía

Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora deberá pronunciarse sobre la procedencia del beneficio reclamado en un plazo no superior a veinte (20) días hábiles, contado desde la recepción de los documentos, exámenes y pruebas médicas que hubiere solicitado.

El Asegurado o el Contratante, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir la reevaluación de su caso por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el requirente, de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido durante al menos un año como miembros titulares de las comisiones médicas regionales o de la comisión médica central de la Superintendencia de Pensiones.

La junta médica evaluará su caso pronunciándose sobre la procedencia de la indemnización, conforme a los conceptos descritos en el artículo 1º de esta Cláusula, pudiendo someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la Compañía Aseguradora.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda al pago definitivo de los beneficios correspondientes por parte de la compañía, el contratante o el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente la Cláusula o cobertura individual, según corresponda.