

CLAUSULA DE ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320150760

ARTÍCULO 1: COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA.

El asegurado podrá contratar una o más de las coberturas que se indican a continuación, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

La compañía aseguradora pagará al asegurado o contratante según corresponda, el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza principal, por concepto de este adicional, en el evento de diagnosticársele al asegurado, durante la vigencia de esta cláusula adicional, alguna de las enfermedades que a continuación se definen, a condición que se encuentren comprendidas dentro de alguna de las coberturas contratadas por el asegurado o contratante según corresponda, bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen.

Con todo, la compañía aseguradora pagará el monto contratado sólo si el asegurado se encuentra vivo después del término de 30 días corridos a partir de la fecha del diagnóstico de las enfermedades definidas en las alternativas A, B, D y E, ó 30 días corridos a partir de la fecha en que se practicó la cirugía comprendida en la alternativa C, siguiente.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Alternativa A: 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 la póliza:

- 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).

Alternativa B: Infarto del Miocardio

Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de la falta de oxígeno debido a una irrigación insuficiente al área relevante.

El diagnóstico se basará en todos los siguientes criterios:

- a. Historia del dolor torácico de presentación súbita indicativo de enfermedad cardiaca isquémica.
- b. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma que confirmen que se produjo un infarto agudo del miocardio.
- c. Elevación de enzimas cardíacas.

No se cubre el infarto del miocardio sin elevación del segmento ST, con elevación de Troponina I ó T; y otros síndromes coronarios agudos.

Alternativa C: Cirugía de Bypass Aortocoronaria:

Cirugía de dos o más arterias coronarias por medio de una operación by-pass o puente coronario, por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía para corregir una estenosis importante, cuando menos de un 70% de dos o más arterias coronarias, siempre y cuando haya sido considerada como tratamiento necesario por un médico cardiólogo.

Se excluyen la angioplastía, tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardíaca o alteración congénita.

Alternativa D: Accidente Vascular Encefálico

Definido como cualquier accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de 24 horas incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia proveniente de una fuente extracraneal. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo seis (6) semanas después del suceso.

Se excluyen: Apoplejía Cerebral; Accidentes cerebro vasculares post- traumáticos; Accidentes isquémicos transitorios (TIA); síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).

Alternativa E: Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre ninguna enfermedad o lesión del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a. Cualquier enfermedad, dolencia o situación de salud diagnosticada o conocida por el asegurado o por quien contrata en su favor con anterioridad a la fecha de la contratación o incorporación a esta póliza, según corresponda. La Compañía deberá preguntar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que puedan generar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares, se establecerán las restricciones o limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurable.
- b. Alcoholismo o drogadicción.
- c. SIDA o presencia del virus VIH.
- d. Suicidio, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o auto inferida, ya sea en estado de cordura o demencia.
- e. Riesgos nucleares.
- f. Padecimientos congénitos.
- g. Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- h. Encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de las drogas, en caso de accidente.
- i. Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

ARTÍCULO 4: PERIODO DE CARENCIA

Es el período establecido en las condiciones particulares de la póliza, contado desde el inicio de su vigencia o de su rehabilitación o de la incorporación de los asegurados a ella, finalizado el cual los riesgos allí identificados comenzarán a correr por cuenta del asegurador. En virtud de lo anterior, la Compañía no otorgará las prestaciones ni reembolsará los gastos incurridos por el asegurado a causa de un evento que se verifique dentro del período de carencia.

La carencia no se aplicará para las lesiones causadas por un accidente, ni tampoco en cada renovación automática de esta póliza.

La fecha de vigencia inicial será la indicada en las Condiciones Particulares de la póliza principal, por concepto de este adicional.

No se exigirá período de carencia en las renovaciones del plazo de vigencia de la póliza principal, por concepto de este adicional.

ARTÍCULO 5: PRIMAS

La prima de esta cláusula adicional se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza, y se expresará en la misma moneda que la del seguro principal de la cual es parte integrante, debiendo pagarse en la misma forma y oportunidad de éste.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta al contratante o asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO 6: EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de la póliza principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 9: VIGENCIA Y DURACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional tendrá una duración de un año, contado desde la fecha de su vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de carta certificada y por lo menos con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento.

Adicionalmente, se producirá el término del seguro a partir de la fecha en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

ARTICULO 10: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA

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

- a. Por término anticipado de la póliza principal o de la cobertura para algún asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho asegurado.
- b. Una vez producido el pago de cualquier siniestro cubierto por alguna de las coberturas contratadas en virtud de la presente cláusula adicional.
- c. Por no cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 8.

ARTÍCULO 11: AVISO DE SINIESTRO

El aviso del siniestro y los antecedentes relativos a éste, deberán ser presentados y recibidos por la compañía aseguradora dentro de 45 días corridos contados de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta o de la fecha en que se practicó la cirugía, según corresponda. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho al beneficio establecido en la presente cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

El asegurado deberá proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la compañía aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de éstos será de cargo de la compañía aseguradora.