

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

CLAUSULA DE CANCER Y ENFERMEDADES TERMINALES

PARA ADHERIRSE A Y FORMAR PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES.

1. COBERTURA

La compañía pagará al asegurado el monto, establecido en el cuadro de declaraciones de la póliza, por concepto de este amparo, en el evento de diagnosticársele, durante su vigencia, que padece alguna de las enfermedades que a continuación se definen y bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen.

DEFINICIONES

1. CANCER:

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos.

2. INFARTO AL MIOCARDIO

Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al musculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnostico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) hospitalización cuyo registre indique infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- b) historial conteniendo el típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardiaca isquémica.
- c) cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EEG, o aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

3. ENFERMEDADES CORONARIAS

Estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias que requieren ser corregidas por medio de una revascularización by-pass, realiza con posterioridad a los síntomas de angina de pecho.

4. ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO:

Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas durante más de veinte y cuatro horas de naturaleza permanente. Incluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o

subaracnoidea y embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

5. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:

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

La compañía pagara el monto contratado solo si el asegurado se encuentra vivo después del término de 30 días a partir de la fecha del diagnóstico de las enfermedades definidas en los Nos. 1, 2, 3, 4 y 5 anteriores, o 30 días a partir de la fecha que se practicó la cirugía de la enfermedad a que se refiere el número 3 precedente.

6. EXCLUSIONES

La cobertura otorgada por esta cláusula no cubre:

1. Cáncer

- a) Leucemia crónica linfocítica
- b) Cánceres no invasivos in-situ
- c) Cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.
- d) Tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.

2. Enfermedades coronarias

- a) Angioplastia de globo
- b) Técnicas que no requieren cirugía

3. Apoplejía cerebral

Accidentes cerebro vasculares post-traumáticos, la compañía no pagara el monto contratado bajo estas cláusula, si la enfermedad cubierta ha sido causada directa o indirecta de:

- 1. Lesión o padecimiento infringido a si mismo intencionalmente.
- 2. Uso o abuso de Drogas o alcohol
- 3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA.
- 4. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva
- 5. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos
- 6. Lesiones corporales causadas por medios externos, violentos y accidentales.

7. PERIODO DE CARENCIA

Esta cobertura tendrá un periodo de carencia de 90 días a contar de la fecha de vigencia inicial de esta cláusula o desde su rehabilitación. Así mismo, sólo tendrá validez para la obtención del beneficio correspondiente, el primer diagnóstico de la enfermedad cubierta, emitido después del transcurso de dicho plazo.

No se exigirá periodo de carencia en las renovaciones de la vigencia de esta cobertura.

8. LIMITACIONES

Esta cobertura tiene las siguientes limitaciones:

- a) Solamente se indemnizara la primera enfermedad cubierta que sea notificada a la compañía después de finalizado el periodo de carencia.
- b) En ningún caso la indemnización será, mayor al monto contratado bajo esta cobertura, ni mayor al porcentaje de la suma asegurada establecida en el cuadro de declaraciones de la póliza.

9. INDISPUTABILIDAD

Esta cláusula será indisputable cuando hayan transcurrido dos años completos desde que entró en vigencia.

10. PRIMAS

El pago de las primas se hará en el mismo lugar y en los mismos plazos y condiciones estipulados en la póliza.

EL pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella, pero la compañía estará obligada a devolver dicha prima.

11. RECLAMOS Y DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE LOS MISMOS

El reclamo deberá ser presentado y recibido por la compañía dentro de 45 días de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho al beneficio establecido en la presente cláusula, salvo en caso de fuerza mayor.

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

12. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula es parte integrante y accesoria de la póliza principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en la póliza lo sea y esté vigente, quedando sin efecto.

- a) Por terminación anticipada de la póliza principal o de la cobertura para algún asegurado.
- b) Por cumplir el asegurado 65 años de edad, salvo que se estipule otra edad en el cuadro de declaraciones de la póliza.
- c) Por el pago de cualquier reclamo de la presente cláusula.

13. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y ARBITRAJE

En caso de que existieren diferencias entre el resultado del diagnóstico realizado por el médico escogido por la compañía y el presentado por el asegurado, las partes de común acuerdo nombrarán un médico especialista y se someterán a sus decisión, Si el asegurado y la compañía no se pusieren de acuerdo en la persona del médico especialista, deberán atenerse a lo establecido en el artículo sobre arbitraje de la póliza principal.

El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución No. SB-INS-2000-121 de Abril del 2.000.