

Anexo II
COBERTURA OPCIONAL ESPECIAL DE ENFERMEDADES GRAVES
Y TRASPLANTES
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

Esta cobertura complementaria queda sometida a las condiciones y estipulaciones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza principal a la que se adhiere esta cobertura, en lo que le fueren aplicables:

1. COBERTURA COMPLEMENTARIA

La Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares para esta cobertura en caso que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la cobertura de alguna de las siguientes enfermedades:

A. INFARTO AL MIOCARDIO

Primera ocurrencia de un infarto al miocardio definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe estar basado en los siguientes tres criterios que deben complementarse en forma conjunta:

- a. Historia del dolor torácico típico y
- b. Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto y
- c. Elevación significativa de las 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.

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

C. 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.

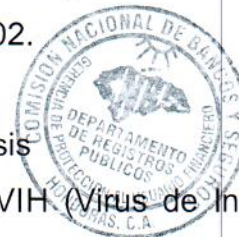
Se excluyen: Apoplejía Cerebral; Accidentes cerebro vasculares post- traumáticos; Accidentes isquémicos transitorios (TIA); síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).

D. CÁNCER

Tumor maligno caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de medula ósea y cáncer de piel metastásico.

Se excluye la cobertura de:

- a. "Carcinoma in situ", displacia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o canceres no invasivos.
- b. Cáncer de próstata temprano T1 (según clasificación TNM) incluyendo T1a y T1b u otra clasificación equivalente.
- c. Melanomas de piel estadio 1a (≤ 1 mm, nivel II o III, sin ulceración) – de acuerdo a la nueva clasificación de la AJCC (American Joint Committee on Cáncer) de 2002.
- d. Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel
- e. Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis
- f. Sarcoma de kaposi y todo tumor en presencia de infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), (salvo adquirida medicamente, resultado de un pinchazo accidental por aguja durante el desempeño de su ejercicio profesional como médico, dentista, enfermera, paramédico, bombero o policía). Cualquier accidente que pueda provocar una reclamación debe producirse durante la vigencia de la póliza y debe comunicarse a la Aseguradora dentro de los siete (7) días siguientes y presentar una



prueba de anticuerpos VIH negativo realizado después del accidente. La seroconversión a infección VIH debe producirse dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente.

g. Carcinoma ductal in situ de mama.

E. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

La garantía cubre únicamente al Asegurado como receptor del trasplante de cualquier órgano de los mencionados a continuación o la inclusión en una lista oficial de espera para trasplante de los siguientes órganos:

- a. Corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas o
- b. Medula ósea humana utilizando células hematopoyéticas progenitoras precedido por ablación total de medula ósea.

El trasplante debe ser medicamento necesario y basado en la confirmación objetiva del deterioro de la función del órgano.

F. INSUFICIENCIA RENAL

Etapla terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, que requiera la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de un trasplante renal.

Queda excluida la falla renal reversible o temporal que se le resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.

2. EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura complementaria las dolencias causadas directa o indirectamente por:

- a) Enfermedades preexistentes, según se definen en las Condiciones Generales de la Póliza.
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado o por solicitud del mismo, suicidio o intento de él ya sean a consecuencia de trastornos mentales o no.
- c) Abuso de alcohol, drogas, narcóticos, estupefacientes, enervantes, estimulantes o similares.
- d) Acto de guerra civil, o de guerra internacional declarada o no, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- e) Participación en actos criminales.



- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- g) Cualquier enfermedad que sea consecuencia directa o indirecta del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) incluyendo el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y cualquier mutación, aviación o derivación de tal enfermedad.
- h) Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de estas.

3. LIMITACIONES

Esta cobertura complementaria tiene las siguientes limitaciones:

- a) Solamente se indemnizará la primera enfermedad cubierta que sea notificada a la Aseguradora después de finalizado el período de carencia.
- b) En ningún caso la indemnización será mayor al monto contratado bajo esta Cobertura Complementaria ni mayor al porcentaje de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la póliza principal.
- c) No otorga ningún valor de rescate, cualquiera que sea la causa del término de la póliza principal.

4. CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización prevista en estas Condiciones Generales Especificas es adicional e independiente, en consecuencia, la Aseguradora no hará por este concepto deducción alguna de cualquier suma a pagar por otras coberturas. El presente beneficio se cancela una vez que se haga algún reclamo, aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

5. INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Se define como fecha de inicio de esta cobertura, al día posterior a la fecha de finalización del periodo de carencia de 90 días. Período de carencia que se contara desde la fecha de emisión de la presente Cobertura Complementaria, o desde el aumento de la suma asegurada, en lo que respecta al valor aumentado.

Esta Cobertura Complementaria terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a. Cuando la enfermedad terminal cubierta sea detectada en el período de carencia.
- b. Cuando se pague por primera vez el beneficio provisto en esta Cobertura Complementaria.
- c. Por cualquiera de las causas de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.



- d. A partir de la fecha en que el Asegurado alcance los 65 años de edad.
- e. Por solicitud expresa del Asegurado de la cancelación de esta Cobertura Complementaria.
- f. Si la póliza ampara la Cobertura Adicional de Invalidez Total y Permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado goza de las prestaciones establecidas en sus beneficios, salvo que la Invalidez Total y Permanente haya sido producida a consecuencia de una de las enfermedades cubiertas por esta Cobertura Complementaria
- g. Por cancelación de la póliza principal a la cual se anexa esta Cobertura Complementaria.

6. PAGO DE PRIMAS

Las primas para esta cobertura se incluyen en la prima total de la póliza, según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

7. INCREMENTO E INCLUSIÓN DE LA COBERTURA

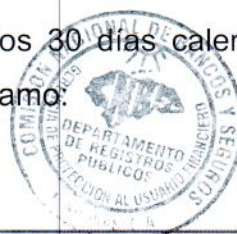
En caso de solicitar incremento de suma asegurada o inclusión de esta Cobertura Complementaria, el ASEGURADO deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la ASEGURADORA. El monto de tal incremento o inclusión estará sujeto a un período de espera de 90 días a partir de la fecha de la aceptación del incremento.

8. REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNOSTICO Y PLAZO DE PRUEBA

Para que la notificación del siniestro sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde el diagnostico, originada en estudios clínicos, radiólogos, histológicos y/o laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada dentro de los 30 días de la fecha de determinación del diagnóstico definitivo en las oficinas de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos adicionales que serán realizados por un médico designado por la Aseguradora y los gastos estarán a cargo de ésta.

9. SINIESTROS

Los siguientes requerimientos deberán ser presentados a la Aseguradora en los 30 días calendario posterior al diagnóstico de la enfermedad, a fin de analizar la procedencia del reclamo.



A. Cáncer:

i. Resultado de anatomía patológica.

B. Infarto de miocardio, bypass y Accidente Cerebrovascular.

i. Electrocardiogramas (lectura y trazado) durante la hospitalización.

ii. Resultado de medición de enzimas cardíacas.

iii. Troponinas.

iv. Otros exámenes practicados.

C. Trasplante de órgano mayor:

i. Historia clínica del médico especialista que efectuó la cirugía.

ii. Descripción quirúrgica del procedimiento.

D. Insuficiencia renal:

i. Certificado del médico especialista.

ii. Resultados de exámenes practicados (pruebas confirmadas).

Mientras esté pendiente cualquier reclamación, la ASEGURADORA directamente o por medio de un médico nombrado por ella, asumiendo los costos, tendrá derecho a exigir examen médico y confirmación del diagnóstico cuando y cuantas veces lo requiera razonablemente; así como solicitar los documentos que considere necesarios.

10. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Una vez recibida toda la información requerida para decidir sobre la procedencia del reclamo, la ASEGURADORA pagará la Suma Asegurada de acuerdo a lo estipulado en esta Cobertura Complementaria dentro de los treinta (30) días siguientes.

11. DEFINICIONES

1) MÉDICO: Persona habilitada y legalmente autorizada para ejercer la medicina humana según las leyes de la República de Honduras.



- 2) **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.
- 3) **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.
- 4) **DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:** Es aquel realizado por un patólogo legalmente calificado, quien deberá basar su diagnóstico de acuerdo a las definiciones establecidas para una enfermedad grave bajo esta póliza, luego de haber realizado un estudio del examen histopatológico y al diagnóstico clínico.
- 5) **INFORME HISTOPATOLÓGICO:** Se refiere a la documentación de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Histopatológico bajo los términos de esta Cobertura Complementaria, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.
- 6) **EVIDENCIA DOCUMENTADA:** Se refiere a los resultados por escrito de las pruebas realizadas, incluyendo las interpretaciones que realice el médico (originales o copias legalizadas).
- 7) **CARENCIA:** Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas, pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cobertura Complementaria, la cual se establece para este beneficio en noventa (90) días. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del Asegurado a la misma, según corresponda, hasta la terminación de los noventa (90) días anteriormente mencionados. Las enfermedades diagnosticadas o intervención quirúrgica durante este período no estarán cubiertas por esta Póliza.

