

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES -DÓLARES

### ANEXO IX

### ENFERMEDADES GRAVES

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las condiciones generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Accidentes Personales-Dólares arriba identificada. La vigencia será la misma de la Solicitud de Seguro al que se anexa y la cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el siguiente anexo.

#### OBJETO DEL ANEXO

El presente Anexo tiene como objeto el pago de una indemnización derivada de una enfermedad grave diagnosticada por primera vez e intervención, de conformidad con las coberturas que constan en la Solicitud de Seguro y las condiciones generales de la Póliza así como las condiciones establecidas en el presente Anexo.

#### PERÍODO DE CARENCIA:

Se entiende por Período de Carencia el plazo mínimo que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de vigencia de la cobertura a fin que determinados beneficios sean elegibles para cobertura.

La Compañía pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud de Seguro si después de transcurrido el período de carencia establecido para cada enfermedad y dentro de la vigencia del seguro, al asegurado se le diagnostica por primera vez una enfermedad de aquellas cubiertas por este anexo.

No obstante, lo anterior, la Compañía y el Contratante o Asegurado podrán modificar los períodos de carencia establecido en cada una de las enfermedades, plazo el cual se hará constar en la Solicitud de Seguro y la caratula de la Póliza.

#### INEXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD:

Para los efectos de la cobertura de cualquiera de las enfermedades contenidas en el presente Anexo, se entenderá que la enfermedad ha sido diagnosticada por primera vez y que el Asegurado **NO** ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

#### EXCLUSIONES GENERALES A ENFERMEDADES GRAVES

Además de las exclusiones contenidas en las definiciones y descripción de las enfermedades señaladas en este anexo, no estarán cubiertas por este Anexo 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. Padecimientos congénitos;
- d. Trasplantes que sean procedimientos de investigación;

- e. **Situaciones o Enfermedades preexistentes.** Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden constituir una limitación o exclusión de cobertura. En la solicitud de Seguro se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

**Adicionalmente aplican también como exclusiones de esta cobertura todas las exclusiones indicadas en la Cobertura Básica.**

#### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO**

El Asegurado Titular deberá dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros treinta (30) días hábiles o en aquel que se establezca en la Solicitud de Seguro, contado desde la fecha en que se le haya diagnosticado por primera vez alguna enfermedad de aquellas cubiertas por este Anexo que puedan ser motivo de indemnización. Si el plazo anteriormente relacionado no fuere cumplido, se procederá de conformidad con lo que al respecto establece el Artículo 1146 del Código de Comercio de Honduras.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía 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 o intervención 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 a costa de la Compañía.

En caso de hospitalización, el Asegurado o alguien en su nombre deberá comunicarlo por escrito a La Compañía, consignar los informes médicos, exámenes, análisis especiales, facturas y cualquier documentación que ésta considere razonablemente necesario para evaluar el siniestro, en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario de terminada dicha hospitalización. La Compañía suministrará al Asegurado el formulario de reclamación del siniestro.

El Asegurado se compromete a facilitar a La Compañía y a los médicos que ésta designe, toda clase de informes relacionados con la hospitalización, los cuales serán solicitados en una sola oportunidad. Igualmente deberá someterse a los reconocimientos que dichos médicos crean pertinentes para procurar su más rápida curación, cuyos costos serán asumidos por La Compañía.

**ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:** El presente Anexo cubrirá las enfermedades que consten en Solicitud de Seguro o nota técnica del listado que se indican a continuación:

- **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 realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de

biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

**EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE CÁNCER:**

Los siguientes cánceres no están cubiertos por el presente Anexo:

- a. Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la neoplasia intraepitelial cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-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).

- **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, todos de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el accidente vascular encefálico o cerebral ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

**EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL:**

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.

- **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.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- b) Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

- **REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS):** Comprende la que se realiza al menos a dos o más arterias coronarias, 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.

Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, el tratamiento por láser y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

Este diagnóstico debe ser confirmado por una angiografía que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que la enfermedad de las coronarias que requiere cirugía ha sido diagnosticada por primera vez cuando no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Es 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 hemodiálisis o trasplante de riñón. Para los efectos de la cobertura se entenderá que la insuficiencia renal crónica ha sido diagnosticada por primera vez cuando no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES:** El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de Islotes de Langerhans. No estará cubierto el trasplante autólogo.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

Procedimiento para el pago del Trasplante de Órganos Mayores: Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de ser definido como candidato a

trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice. Una vez que la compañía ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si éste incurriere en alguna causal legal que así lo permita.

- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple, hecho por un neurólogo, en que el paciente deba ser internado en un hospital por esta causa. Deberá haber evidencia de los síntomas característicos de desmielinización, de anormalidades neurológicas persistentes y de deterioro funcional. El diagnóstico deberá confirmarse por investigaciones neurológicas (ejemplo: punción lumbar, respuestas auditivas y visuales evocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central).

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

#### **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE DAÑOS NEUROLÓGICOS:**

Se excluyen otras causas de daño neurológico como Lupus Eritematoso Sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.

- **PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES:** La pérdida completa y permanente de la función motora, de una o más extremidades a causa de una enfermedad. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular. El diagnóstico y la determinación de que la pérdida de función sea permanente deberá ser realizado por un médico y deberá ser continua y permanente por al menos doce (12) meses consecutivos desde la fecha que se inició la parálisis. Se requerirá evidencia documentada de la enfermedad que causó la parálisis.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que la Parálisis de las Extremidades ha sido diagnosticada por primera vez cuando no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

- **PÉRDIDA DE MIEMBROS:** Pérdida completa y permanente, por enfermedad, de la función de ambas piernas o ambos brazos, o un brazo y una pierna, o la amputación de ambas manos por encima de las articulaciones de la muñeca, o de ambos pies por encima de la articulación tibiotarsiana.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

- **CEGUERA:** Pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por enfermedad aguda. Deberá estar certificada clínicamente por un médico oftalmólogo.

**El período de carencia para esta cobertura será de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia de las Condiciones Particulares.**

### **LÍMITES DE EDAD PARA TODAS LAS ENFERMEDADES**

La Compañía establecerá las edades mínima y máxima de aceptación para esta Cobertura, tanto para su primera vigencia como para sus renovaciones. De no establecerse edades mínimas o máximas específicas, se entenderá que las edades de ingreso estarán comprendidas entre los dieciocho (18) años y sesenta y cinco (65) años de edad y la edad máxima de permanencia en la Póliza será de setenta (70) años.