

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES “SALUD PLUS”

COBERTURA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES PARA ACCIDENTES PERSONALES

CLÁUSULA No.1. RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio el cual no representan un costo adicional que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado se encuentre en una edad de dieciocho (18) a sesenta (60) años y padezca exclusivamente alguna de las enfermedades descritas a continuación:

1. **CANCER:** Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido normal, incluyendo leucemia (excepto leucemia linfocítica crónica), linfomas y la enfermedad de Hodgkin, pero se excluyen cánceres no invasivos in situ, displasias o lesiones pre-malignas, tumores en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.
2. **INFARTO DEL MIOCARDIO:** Muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda. A efectos de esta Cláusula debe existir:
 - a. Dolor torácico típico de isquemia aguda;
 - b. 2.Nuevas Alteraciones en el Electrocardiograma confirmatorias del Infarto;
 - c. Detección de troponinas cardíacas elevadas; y
 - d. Estudio radio isotópico del músculo cardíaco o ecocardiograma que confirme la nueva lesión miocárdica.

El infarto debe ser tratado en un establecimiento asistencial de las características definidas en el punto 7).

3. **APOPLEJIA:** Enfermedad Cerebrovascular que incluye el infarto agudo del tejido cerebral, las hemorragias cerebral y subaracnoidea, el embolismo y la trombosis cerebral y que causa los síntomas neurológicos correspondientes, por más de cuarenta y ocho (48) horas. El diagnóstico debe estar confirmado por:
 - a. Evidencia de daño o disfunción neurológica permanente.
 - b. Nuevos cambios en la TAC (tomografía axial computarizada) y/o en la RM (resonancia magnética) consistentes con el diagnóstico de nuevo accidente cerebrovascular.
 - c. Destrucción del tejido causado por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extra-craneal comprobable.

Estas pruebas deberán ser efectuadas por un médico especialista en neurología y el déficit neurológico debe ser confirmado después de transcurridas seis semanas como mínimo desde el accidente cerebrovascular.

La Compañía no abonará el beneficio que acuerda esta Cláusula hasta no conocer el resultado de dichas pruebas. Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y los lentamente reversibles, el infarto del tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo, infecciones o vasculitis.

La apoplejía debe ser tratada en un establecimiento asistencial de las características definidas en la Clausula octava.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES “SALUD PLUS”

- 4. OPERACIÓN DE “BY – PASS” CORONARIO.** Cirugía a corazón abierto que se lleva a cabo para corregir o tratar estenosis o bloqueos en una o más arterias coronarias mediante injertos arteriales y/o venosos. Debe ser indicada por un médico especialista y justificada por el resultado de una angiografía coronaria previa.

Se excluye la angioplastia, tratamientos por láser y toda una técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca, alteración congénita u otra intervención que no sea específicamente un “By-Pass” aorto coronario. El beneficio que acuerda esta Cláusula será abonado por la Compañía al Asegurado después de haberse efectuado la operación.

- 5. INSUFICIENCIA RENAL:** Fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar por lo menos una vez por semana diálisis peritoneal o hemodiálisis o un trasplante de riñón. La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

El beneficio será abonado por la Compañía al Asegurado comprobado el efectivo tratamiento de diálisis. Se excluye fallo renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.

- 6. PARALISIS:** Pérdida completa y permanente del uso y movimiento de por lo menos dos o más miembros o extremidades (brazos y/o piernas), debido a lesión o a enfermedad de la médula espinal o del cerebro, cuando esta pérdida funcional sea considerada permanente por un neurólogo.

Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso y movimiento de los miembros es permanente. Para obtener por esta enfermedad el beneficio que acuerda la presente Cláusula, la parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis. Se requiere evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

- 7. ESCLEROSIS MULTIPLE:** Enfermedad caracterizada por signos y síntomas de disfunción neurológica que resulta de una desmielinización (daño de la capa de mielina de las fibras nerviosas) en el cerebro y en la médula espinal. La enfermedad se caracteriza por episodios de exacerbación y remisión. El diagnóstico debe ser realizado por un neurólogo y confirmado con lo siguiente:

1. Estudios que evidencien de manera inequívoca el diagnóstico de esclerosis múltiple.
2. Síntomas y signos clínicos de disfunción neurológica consistentes con el curso de la enfermedad, durante por lo menos 6 meses.
3. Signos neurológicos documentados de lesiones en más de un sitio del cerebro o de la materia blanca de la médula espinal.

En ningún caso la Compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de vigencia de esta Cláusula.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES “SALUD PLUS”

CLÁUSULA No.2. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando la enfermedad del Asegurado sea consecuencia de alguna de las causas abajo señaladas:

- a) El cáncer ocasionado por cualquier tumor de la piel (excepto melanomas malignos), cáncer in situ no invasivo y tumores debidos a la infección por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH);
- b) Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en esta Cláusula;
- c) Suicidio del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante dos años como mínimo.
- d) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.
- e) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- f) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- g) Abuso del Alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- h) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- i) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- j) Por la participación en viajes o prácticas deportivas sub marinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- k) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- l) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- m) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto contrario.
- n) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, y quedará definido así por la presencia de alguna de las infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el (VIH).
- o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.
- p) Enfermedades preexistentes: durante los primeros dos años de cobertura el Asegurado no queda cubierto por ninguna causa por enfermedades preexistentes. Se entienden por enfermedades preexistentes aquellas contraídas con anterioridad a la contratación del Seguro.
- q) Dicha exclusión desaparece en forma automática, si luego del comienzo de vigencia de la póliza, transcurren doce meses sin que el Asegurado reciba alguna atención médica.
Durante los primeros dos años contados desde el comienzo de la cobertura, si el asegurado hace un cambio o aumento en la cobertura este cambio o aumento no estará en vigencia, para casos preexistentes. Esta condición no tendrá aplicación en caso que trascurren doce meses sin que el Asegurado no reciba algún tipo de atención médica.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES “SALUD PLUS”

- r) Las demás exclusiones que se especifican en la respectiva enfermedad, descritas en la Cláusula primera de este Beneficio.

CLÁUSULA No.3. OBJETO DEL SEGURO

Comprobado el padecimiento o la enfermedad, la Compañía anticipará al Asegurado el 50% del capital asegurado por muerte accidental. El beneficio máximo previsto será el porcentaje de capital asegurado por muerte hasta el límite estipulado (del 50%) en el Certificado Individual para esta Cláusula. Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades diagnosticadas por primera vez después de la fecha de comienzo de la póliza o de vigencia inicial del certificado individual. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad, antes de la fecha de inicio del presente beneficio.

Efectuado el diagnóstico de la enfermedad cubierta por esta Cláusula, el capital asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa, incluso en el caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo asegurado.

CLÁUSULA No.4. CARACTER DEL BENEFICIO

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna del capital asegurado a pagarse en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

A partir del momento en que el Asegurado haya percibido el beneficio que concede esta Cláusula, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo la vigencia en las futuras renovaciones, si hubiere.

CLÁUSULA No.5. PERIODO DE ESPERA

Esta Cobertura surtirá efecto si los primeros síntomas de tales enfermedades son diagnosticados por primera vez y en forma definitiva por un Médico Especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, después de ciento ochenta (180) días contados desde el inicio de vigencia de la cobertura. Período durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un siniestro.

CLÁUSULA No.6. AVISO DEL SINIESTRO

Al ocurrir un siniestro el Asegurado deberá presentar a la Compañía todas las pruebas que sean necesarias y que generan la obligación derivada del seguro para el pago del presente beneficio.

Al presentar el Asegurado la reclamación del beneficio, La Compañía tendrá el derecho de verificar todos los hechos relacionados con el siniestro y podrá solicitar al Asegurado a través del Contratante, toda la información y documentación necesaria, con el propósito de determinar sus causas, consecuencias, secuelas y su estado actual.

Por lo tanto, el Contratante y Asegurado autorizan a cualquier persona natural o jurídica a proporcionar a la Compañía toda información o documento que estén relacionados con el siniestro o reclamación del Asegurado.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES “SALUD PLUS”

CLÁUSULA No.7. REQUISITOS PARA EL PAGO DE UN RECLAMO

Al recibir la notificación del reclamo de algún Asegurado que se encuentre amparado bajo el Beneficio de Enfermedades Graves, y para efectos de solicitar la indemnización de la suma asegurada por este beneficio a la Compañía, será requisito presentar los documentos originales siguientes:

- Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Certificación de Acta de Nacimiento.
- Certificación Médica original del médico tratante donde indique diagnóstico, factores que fundamenten el mismo, fecha del diagnóstico, tratamiento y estado actual.
- Cualquier documento o exámenes médicos que la Compañía requiera y o estime conveniente para el análisis del siniestro.
- Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerlas de otras fuentes.
- La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

CLÁUSULA No.8. ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

El asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar y prestar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las veinticuatro (24) horas del día y esté equipado para cirugía mayor.