



Compañía de Seguros, S.A.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO ANEXO III ENFERMEDADES GRAVES

Vigencia

Desde:

Hasta

Que forma parte integrante de la Póliza No. _____, emitida a favor de: _____ Certificado No. _____.

La Aseguradora conviene por medio del presente anexo que las estipulaciones siguientes formarán parte de la Póliza Colectiva arriba indicada.

Suma Asegurada: _____

Límites de Admisión: _____

Prima Total: _____

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., hace constar que el presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL ANEXO

El presente Anexo tiene como objeto el pago de la Suma Asegurada en caso de que al Asegurado se le diagnostique la Enfermedad Grave contratada, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- El diagnóstico se haya efectuado después de haber transcurrido noventa (90) días a partir del inicio de vigencia del Anexo.
- El diagnóstico lo haya efectuado y certificado por escrito un médico especialista según sea la enfermedad que se esté cubriendo.
- El diagnóstico se fundamente con los resultados de un examen patológico, imágenes y lo que la Aseguradora considere necesario para respaldar el diagnóstico.

Si la enfermedad grave se diagnostica durante los primeros noventa (90) días de vigencia del Anexo, la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a reembolsar al Asegurado las primas que haya pagado, y el Anexo quedará cancelado.

Al momento de darse la indemnización por diagnóstico de cualquier de las enfermedades graves nombradas, el asegurado tendrá la oportunidad de seguir pagando la prima por la cobertura de la póliza principal junto con sus otros anexos vigentes. En consecuencia, ya no hará más pago de primas por concepto del anexo de indemnización por diagnóstico de enfermedades graves.

CLÁUSULA 2: COBERTURA

Mediante el pago de una prima adicional, la Aseguradora pagará en caso de que al Asegurado se le diagnostique la Enfermedad Grave contratada la Suma Asegurada establecida en el Certificado Individual.

DEFINICIONES ESPECÍFICAS

Condición Médica Preexistente: Cualquier condición de salud por la cual el Asegurado haya recibido cuidado, atención, tratamiento o consejo médico o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad al inicio de vigencia de este Anexo.

Enfermedad: Afección o patología que el Asegurado contraiga y manifieste por primera vez, con posterioridad al inicio de la vigencia de este Anexo y que constituya el fundamento del reclamo presentado por el Asegurado.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

CÁNCER

La presencia de uno o más tumores malignos cuyas características son el crecimiento incontrolado y la difusión de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

El Diagnóstico de Cáncer debe ser efectuado por un patólogo y la evidencia de malignidad debe ser respaldada por el análisis histológico.

Quedan excluidos los siguientes tumores:

- Tumores que presentan las características de carcinoma in situ (incluyendo la displasia de cuello uterino CIN-1, CIN-2 Y CIN-3) o que se describen histológicamente como premalignos o no invasivos.
- Cualquier cáncer en presencia de HIV, HPV y HHV.
- Todos los tumores de piel, incluidas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares, los carcinomas de células escamosas y los melanomas de espesor máximo inferior a 1.5 mm, determinado por el examen histológico empleando el método de Breslow, a no ser que haya evidencia de metástasis.
- Tumores que no ponen en peligro la vida, como tumores de próstata especificado histológicamente en la clasificación TNM como T1 (a) o T1 (b) pero no T1 (c) o de estadio equivalente o inferior en otra clasificación, los micro carcinomas papilares de tiroides o de vejiga de estado inferior a T2N0M0, leucemia de linfocitos crónica de estadio inferior al RAI I, la enfermedad de Hodgkin de estadio 1.

Para efectos de esta cobertura se define:

CIN-1 Neoplasia intraepitelial del cervix grado I. CIN-2

Neoplasia intraepitelial del cervix grado II. CIN-3

Neoplasia intraepitelial del cervix grado III. SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. HIV

Virus de Inmunodeficiencia Humana.

HPV Virus del Papiloma Humano.

HHV Virus del Herpes Humano.

TNM Clasificación de estadio del cáncer de acuerdo a tumor, nódulos linfáticos y metástasis

CK Enzima cardíaca creatin fosfokinasa fracción MB, específica para lesión cardíaca.

INFARTO AL MIOCARDIO

La necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización
- Presencia de dolores torácicos típicos.
- Cambios relevantes y nuevos de las alteraciones electrocardiográficas diagnosticadas (ECG) por necrosis del miocardio o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores estándar de laboratorio.
- Significativa elevación de al menos uno de los marcadores de lesión cardíaca (CK-MB, troponina).
- Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres (3) meses después del hecho.

DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebrovascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal. 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.

Un especialista neurólogo debidamente autorizado por la Compañía debe comprobar la evidencia de la lesión neurológica permanente tras haber transcurrido un período de al menos ciento ochenta días (180) días a partir de la fecha del hecho. Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

- Síntomas cerebrales de migraña o cefalea;
- Alteraciones isquémicas del sistema vestibular;
- Accidentes que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad;
- Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia;
- Enfermedad vascular isquémica que afecta al ojo o al nervio óptico.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Insuficiencia renal terminal que se presenta como una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.

CLÁUSULA 3: EXCLUSIONES

Esta cobertura no se concederá si el reclamo es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
- b) Adicción al alcohol o drogas.
- c) Episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.
- d) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).
- e) Enfermedades graves diagnosticadas durante un período de noventa (90) días desde la fecha de inicio de la presente cobertura.
- f) Enfermedad Grave sufrida por el Asegurado que ya existía en el momento de contratación del beneficio, conforme la Aseguradora lo demuestre fehacientemente.

CLÁUSULA 4: LIMITES DE ADMISIÓN

Las edades de contratación son las indicadas en este Anexo.

CLÁUSULA 5: AVISO Y PAGO DEL RECLAMO

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del fecha que tenga conocimiento del diagnóstico, mediante un Formulario de Reclamación que le provee la Aseguradora.

La indemnización se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de recibir la Aseguradora, la documentación correspondiente para acreditar la Enfermedad Grave del Asegurado.

CLÁUSULA 6: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

- a) Al pago de la totalidad de la Suma Asegurada de esta cobertura.
- b) Por baja del Asegurado del Grupo Asegurado.
- c) Por terminación de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1175-2019 del 03 de Septiembre del 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.