

Enfermedades Graves

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Descripción de la Cobertura

Si el ASEGURADO sobrevive luego de transcurrido el Periodo de Sobrevivencia, luego de haber sido diagnosticado de una de las enfermedades graves, o luego de ser sometido a alguna cirugía descrita a continuación, originadas durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, la COMPAÑÍA pagará los beneficios descritos en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, para el caso de seguros grupales, en los plazos y términos que se señalan en las mismas.

a) Infarto Agudo al Miocardio: Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de la falta de oxígeno debido a una irrigación insuficiente a un área relevante del músculo. El diagnóstico deberá basarse en los siguientes criterios:

- Historia del dolor torácico de presentación súbita, indicativo de enfermedad cardíaca isquémica.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma que confirmen que se produjo un infarto agudo de miocardio.
- Elevación de enzimas cardíacas.

No se cubre el infarto del miocardio sin elevación del segmento ST, con elevación de Troponina I o T u otros síndromes coronarios agudos.

b) Accidente Cerebro Vascular: Definido como cualquier evento cerebral vascular que produzca secuelas neurológicas permanentes e irreversibles, incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia proveniente de una fuente extracraneal.

Se excluyen: apoplejía cerebral; accidentes cerebro vasculares post- traumáticos; accidentes isquémicos transitorios (TIA por sus siglas en inglés); síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).

c) Cáncer: La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfática 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 debe ser realizado por un médico oncólogo y certificado con un Examen de Anatomía Patológica.

Los siguientes cánceres no están cubiertos por esta Cláusula Adicional:

- Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados por histología como pre-malignos;
- Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3;
- Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- 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).

- d) Insuficiencia Renal Crónica:** La etapa final de la insuficiencia renal, por falla funcional, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.
- e) Parálisis:** Para los efectos de esta Cláusula Adicional, se define parálisis como la pérdida completa de la función motora con evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal, de dos o más extremidades, en forma irreversible, a consecuencia directa de una enfermedad no originada por un accidente. **Se excluye parálisis debida a Síndrome de Guillain-Barré. Se excluye también todo tipo de enfermedad neurológica congénita.**
- f) Cirugía de Bypass (Aortocoronaria):** La realización de Cirugía a tórax abierto para la corrección 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 (colocación de STEMS) y otros procedimientos intra-arteriales: cirugía por toracotomía mínima, como 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.
- g) Trasplante de Órganos:** 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.
Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el ASEGURADO notifique previamente y por escrito a la COMPAÑIA el hecho de ser definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice.
- h) Esclerósisis Múltiple:** Enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) que se manifiesta por anormalidades neurológicas motoras, sensitivas y ópticas, persistentes por un periodo mínimo de seis (6) meses. El diagnóstico debe ser realizado en forma inequívoca por un médico neurólogo.

Artículo 2º Periodo de Carencia y de Sobrevivencia

Periodo de Carencia

Para el ASEGURADO cubierto por esta Cláusula Adicional, existirá un Período de Carencia de noventa (90) días, o en reemplazo de éste el que se indique en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, para el caso de seguros grupales, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Adicional, o desde su rehabilitación o desde la fecha de incorporación del ASEGURADO, según corresponda.

En caso que el ASEGURADO experimente alguna de las enfermedades graves o intervenciones descritas en el Artículo Primero dentro del Período de Carencia establecido, se considerará excluida de cobertura dicha enfermedad o intervención durante toda la vigencia de esta Cláusula Adicional, liberándose así la COMPAÑIA de la obligación de efectuar cualquier otro pago o prestar cualquier otro beneficio.

No se exigirá Período de Carencia en las renovaciones del plazo de vigencia de esta Cláusula Adicional, en tanto se den en forma continuada, sin interrupción alguna.

Periodo de Sobrevivencia

Adicionalmente, el ASEGURADO debe esperar que transcurran 30 días desde que haya sido diagnosticado con una de las enfermedades graves, o de haber sido sometido a

alguna de las cirugías, ambas de las coberturas descritas en el artículo precedente sobre COBERTURAS.

Luego de los 30 días antes indicados, tendrá derecho a las coberturas que otorga esta Cláusula Adicional.

Artículo 3° Exclusiones

La presente Cláusula Adicional excluye de cobertura las enfermedades o intervenciones que resulten o sean consecuencia de:

- a) Enfermedades pre-existentes entendidas como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud y/o de la declaración jurada de salud.
- b) Una enfermedad grave que sea diagnosticada, o cirugía que se estime necesaria o sea llevada a cabo durante el Periodo de Carencia.
- c) La muerte del ASEGURADO dentro de los treinta (30) días calendario de c.1) ser diagnosticado con alguna de las enfermedades graves, o c.2) ser sometido a alguna de las cirugías, descritas en el Artículo 1 (Descripción de la Cobertura).
- d) Enfermedades relacionadas con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- e) Padecimientos Congénitos.
- f) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.

Artículo 4° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine(n) la(s) cobertura(s) principal(es), cualquiera sea la causa o cuando se haga efectiva la indemnización que cubre la misma.

Artículo 5° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Aviso: Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes de haber tomado conocimiento del diagnóstico de la enfermedad grave o de haberse practicado la intervención quirúrgica materia de cobertura.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada), sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Los informes médicos con los diagnósticos y las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio y otras pruebas que sustenten la solicitud de pago.

En el caso de Trasplante, será requisito indispensable para el pago del beneficio que el ASEGURADO comunique a la COMPAÑÍA de manera previa el hecho de que ha sido definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente.

La evidencia del daño neurológico permanente e irrecuperable ocasionado por un Accidente Cerebro Vascular deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo treinta (30) días calendario después del suceso.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga

presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Artículo 6° Pago de Beneficios

Será obligación de los asegurados proporcionar a la COMPAÑÍA todos los antecedentes médicos y exámenes que se posean, y dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que la COMPAÑÍA solicite para efectos de determinar y verificar el diagnóstico de alguna de las enfermedades o la realización de alguna de las intervenciones quirúrgicas. El costo de estas pruebas será de cargo de la COMPAÑÍA.

La COMPAÑÍA evaluará y determinará en un plazo máximo de treinta (30) días calendarios de recibidos los documentos requeridos para solicitar la cobertura, así como los resultados de las pruebas presentadas y los exámenes solicitados, si corresponde el pago de los beneficios estipulados en la presente Cláusula Adicional.

Vencido el plazo de 30 días antes indicados se considerará consentido el siniestro y la COMPAÑÍA tendrá un plazo de treinta (30) días para efectuar el pago de los beneficios establecidos en la Cláusula Adicional.