

“Beneficio Adicional para la Cobertura de Enfermedades Graves”

1. OBJETO.

El Beneficio Adicional de Enfermedades Graves, tiene por objeto proporcionar al Contratante del Seguro de Vida, la opción de contratar una Cobertura Adicional en la cual la Institución de Seguros pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza cuando se tenga un diagnóstico de Cáncer, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebrovascular e Insuficiencia Renal Terminal, siempre que se encuentre vigente la póliza y dichas enfermedades se apeguen a lo estipulado en las siguientes definiciones y condiciones.

2. DEFINICIONES.

Para efectos del presente beneficio, se entenderá en singular o plural por:

Enfermedad. Se considera, toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico perito legalmente reconocido.

Periodo de Espera. Es el periodo en días naturales, a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, para que el asegurado pueda gozar de los beneficios. Este periodo se establece en la caratula de póliza y aplica para todos los padecimientos cubiertos excepto para el padecimiento de INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Periodo de Supervivencia. Es el periodo en días naturales que el asegurado deberá sobrevivir después de que se le diagnostique por primera vez el padecimiento cubierto para que se tenga derecho a la indemnización. Este periodo se establece en la caratula de póliza y aplica para todos los padecimientos cubiertos.

3. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

En caso de que en la carátula de la póliza se establezca como contratada esta cobertura, la Institución se obliga a pagar la Suma Asegurada estipulada al propio Asegurado, si durante la vigencia de la póliza se le diagnostica cualquiera de los



padecimientos descritos a continuación, siempre y cuando se cumpla el Periodo de Espera y Periodo de Supervivencia.

Cada padecimiento está limitado al primer diagnóstico y la Suma Asegurada no podrá exceder en una o varias pólizas el límite máximo establecido por la Institución para esta cobertura.

Después del diagnóstico y pago correspondiente de alguno de los padecimientos amparados, dicho padecimiento no será susceptible a una nueva indemnización sino hasta el aniversario de la póliza donde automáticamente se reinstalará la Suma Asegurada para cada padecimiento siempre que se trate de un diagnóstico nuevo y no esté relacionado con el ya indemnizado. Una vez utilizada la cobertura para uno o varios padecimientos durante la vigencia de la póliza, la cobertura no será susceptible a renovarse.

3.1. CÁNCER

Este se cubre cuando un médico certificado emita un diagnóstico inequívoco de que se trata de un tumor maligno invasor, verificado por los estudios histopatológicos correspondientes. Incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor o un grosor de Breslow mayor a 1.5 mm.

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones pre malignas.**
- **Cáncer de próstata en estadio menor que T2bN0M0.**
- **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor que T2N0M0.**
- **Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.**
- **Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera de 30 días o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica.**

Requisitos para la reclamación. La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.



Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Estudio histopatológico que confirme la presencia del cáncer.
- Informe del oncólogo que especifique estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y pormenores del cáncer.
- Resultados de los estudios de estadificación como radiografías, tomografías entre otros.

3.2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Será cubierta al momento un médico certificado diagnostique al asegurado la muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe estar apoyado en los siguientes elementos:

- Elevación significativa de las troponinas cardiacas.
- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda.
- Cambios nuevos en el electrocardiograma (ECG) compatibles con infarto o aparición de un nuevo bloqueo de la rama izquierda de Haz de His (BRIHH).

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Cambios en el Electrocardiograma que sugieran infarto(s) previo(s) sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.**
- **Angina de pecho.**
- **Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el Electrocardiograma ni signos clínicos de infarto.**

Requisitos para la reclamación. La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Informe pormenorizado del médico tratante certificado que especifique detalles de la evolución clínica.

- Exámenes de laboratorio que demuestren la elevación de troponinas.
- Electrocardiogramas obtenidos durante el evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto.
- Estudios practicados para la evaluación del infarto (ecocardiograma, estudios de medicina nuclear.)

3.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Se cubrirá cuando se dé un diagnóstico definitivo por un médico certificado de un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extra craneal, con:

- Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos.
- Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 3 meses después de la fecha del diagnóstico.

El diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen a través de Tomografía Axial Computarizada (TAC) o Resonancia Magnética (RM).

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Ataque isquémico transitorio.**
- **Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.**
- **Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente.**

Requisitos para la reclamación:

La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Informe del médico certificado que especifique evolución clínica, duración del episodio, tipo y causa del accidente cerebrovascular.
- Tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética (RM) compatibles con accidente cerebrovascular agudo.

3.4. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

Estará cubierta cuando se presente una etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

Exclusiones:

La indemnización por esta cobertura adicional no será cubierta cuando se origine la enfermedad grave del Asegurado, por:

- **Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.**

Requisitos para la reclamación. La Institución pagará la Suma Asegurada correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas y constancias que le permitan conocer el fundamento y determinar la procedencia de la reclamación.

Los pasos a seguir y la documentación requerida al Asegurado, Contratante o Beneficiario de forma enunciativa más no limitativa para la reclamación de siniestro son los siguientes:

- Certificación de la necesidad de diálisis periódica por parte del nefrólogo o del médico tratante
- Informe clínico pormenorizado que incluya causa de la insuficiencia renal.
- Estudios de laboratorio compatibles con insuficiencia renal crónica irreversible (determinación del filtrado, química sanguínea, ultrasonido, biopsias.)

5. EDADES DE ACEPTACIÓN.

Los límites de admisión establecidos por la Institución se indican a continuación:

Cobertura	Edad mínima de aceptación para el Asegurado	Edad máxima de aceptación para el Asegurado	Vencimiento de la Cobertura conforme a edad alcanzada
Enfermedades Graves	18 años	65 años	A fin de vigencia una vez cumplidos 70 años

4. REGISTRO.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de abril de 2020, con el número BADI-S0077-0028-2020/ CONDUSEF-004416-01.