

# **CLAUSULA ADICIONAL DE ODONTOLOGÍA**

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

El beneficio odontológico cubre de acuerdo a las condiciones estipuladas en el Plan de Beneficios, lo siguiente:

- Examen oral inicial
- Radiografías
- Profilaxis general
- Flúor y sellantes
- Restauraciones
- Amalgamas
- Resina
- Resina con luz alógena
- Terapia Radicular (endodoncia)
- Pulpectomía
- Apiceptomía
- Extracciones

**Para gozar del beneficio odontológico, se requiere haber estado asegurado en la Póliza, un mínimo de dos (2) meses consecutivos.**

**Para efectos de esta cobertura no regirá la continuidad del seguro, estando sujeto al período de espera estipulado en el numeral 25.2 del artículo 25° de las Condiciones Generales.**

## **2.- EXCLUSIONES**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA DESASTRES NATURALES**

## **OBJETO DE LA CLÁUSULA**

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de la Póliza de Seguro de la cual forma parte la presente Cláusula Adicional, se añade la cobertura de atención médica para los accidentes ocurridos en territorio nacional como consecuencia directa de desastres naturales.

## **COBERTURA**

La cobertura que se otorga mediante la presente cláusula adicional, comprende:

- **Gastos médicos de curación y/o tratamiento médico por las lesiones que haya sufrido el ASEGURADO, como consecuencia directa de desastres naturales, incluidos pero no limitados a terremotos, tsunamis, tormentas e inundaciones.**
- **La cobertura que se adiciona a la Póliza de Seguro mediante la presente cláusula, se otorgará por un plazo máximo de doce (12) meses, el cual será contado a partir de la fecha en que ocurrió el desastre natural o hasta la recuperación total del ASEGURADO, lo que ocurriera primero.**

Esta cobertura se otorgará al ASEGURADO mientras la Póliza de Seguro se encuentre vigente, y de acuerdo a los términos y condiciones detalladas en el Plan de Beneficios (cobertura hospitalaria, ambulatoria y/o emergencias) de la misma. El tope máximo de la Suma Asegurada será la especificada en el Plan de Beneficios.

**La presente cobertura no incluye los siguientes beneficios:**

- **Gastos de sepelio.**
- **Cobertura de Asistencia en Viaje.**
- **Liberación del pago de primas por muerte del ASEGURADO TITULAR.**
- **Transporte por evacuación.**

**Tanto todas las exclusiones detalladas en el Artículo 30°, el procedimiento de aviso de siniestro y de solicitud de cobertura detallado en el Artículo 32°, y los periodos de carencia y espera detallados en el Artículo 25°, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.**

Las demás disposiciones establecidas en la Póliza que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

# **CLÁUSULA ADICIONAL DE CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO**

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

Ampara la cobertura de chequeo médico preventivo una vez por vigencia y por año, diseñado de acuerdo a la edad y sexo del ASEGURADO. El beneficio cubierto se encuentra detallado en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

## **2.- EXCLUSIONES.**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# **CLÁUSULA ADICIONAL DE DESASTRES NATURALES**

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

Esta cláusula adicional otorga atenciones en caso de catástrofe por desastres naturales. Este beneficio se encuentra cubierto hasta el límite y condición indicada en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

## **2.- EXCLUSIONES**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# **CLÁUSULA ADICIONAL DE OFTALMOLOGÍA**

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

Cubre un examen de medición de vista una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada ASEGURADO, únicamente en los centros oftalmológicos incluidos en el Plan de Beneficios.

## **2.- EXCLUSIONES**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# **CLÁUSULA ADICIONAL DE ONCOLOGÍA**

## **1.- DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

Todos los ASEGURADOS gozarán de la cobertura integral para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Beneficios.

Cubre los gastos por diagnósticos clínicos y terapéuticos, así como tratamientos y cirugías incurridos en un centro médico especializado para tratamientos de cáncer.

Los nuevos procedimientos y medicamentos en Cáncer, se tomará como referente las Guías aprobadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

## **2.- EXCLUSIONES**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# **CLÁUSULA ADICIONAL DE PROGRAMA CUÍDATE**

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

Es un programa que cubre el tratamiento y control médico de los diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, asma y dislipidemia, de acuerdo a las condiciones indicadas en el Plan de Beneficios. El programa incluye: educación, exámenes auxiliares, seguimiento y medicamentos según lo prescrito por el médico tratante del programa. El ingreso al programa es voluntario, previa evaluación por parte de la ASEGURADORA y bajo las condiciones del programa.

La presente cobertura solo cubre medicamentos según lo prescrito por el médico tratante del programa y exámenes auxiliares disponibles en laboratorio para el Programa Cuídate.

Las complicaciones de los diagnósticos atendidos por el programa Cuídate se cubren según condiciones ambulatorias y/u hospitalarias establecidas en el Plan de Beneficios.

Los lugares de atención y condiciones son los que la ASEGURADORA establezca para otorgar dicho beneficio y detallados en el Plan de Beneficios.

## **2.- EXCLUSIONES**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# CLÁUSULA ADICIONAL DE PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS

## 1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidente y/o enfermedad que las requieran, hasta el límite indicado en el Plan de Beneficios. **No se cubren prótesis dentales, ni a consecuencia de accidente.**

## 2.- EXCLUSIONES

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# **CLÁUSULA ADICIONAL DE SEGUNDA OPINIÓN POR CIRUGÍA**

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

En caso de que el ASEGURADO requiera ser sometido a una intervención quirúrgica, La ASEGURADORA cubrirá al 100% (cien por ciento), el costo de una segunda consulta por un médico especialista, sin perjuicio del resultado del segundo diagnóstico.

## **2.- EXCLUSIONES**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# CLÁUSULA ADICIONAL DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

## 1.- DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y CONDICIONES

Cubre los gastos ambulatorios u hospitalarios del ASEGURADO, además de los gastos médicos que se incurran por los servicios médicos prestados al donante. La presente cobertura se otorgará solo cuando se trate de trasplante de los siguientes órganos: **Córnea, Médula Ósea**. El beneficio máximo de gastos cubiertos será el indicado en su Plan de Beneficios.

### CONDICIONES APLICABLES A LOS DONANTES ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA

El ASEGURADO de la presente Póliza, para decidir ser donante de algún órgano y/o tejido a favor del ASEGURADO, deberá tener en cuenta que la presente Póliza de Seguro no cubrirá los gastos médicos en que se incurran con motivo de la donación, sino será la Póliza de Seguro del ASEGURADO que recibirá el órgano y/o tejido quien cubrirá dichos gastos.

Asimismo, el ASEGURADO bajo la presente Póliza y que tenga la calidad de donante, debe conocer que ninguna complicación médica que se presente en el donante como consecuencia de la intervención quirúrgica a la que se ha sometido para realizar la donación del órgano y/o tejido será cubierto por su Póliza de Seguro.

## 2.- EXCLUSIONES

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.

# **CLÁUSULA ADICIONAL DE VACUNAS**

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y CONDICIONES**

Esta cobertura adicional cubre las vacunas hasta los límites y condiciones indicadas en el Plan de Beneficio de la presente Póliza.

## **2.- EXCLUSIONES**

Aplican para esta cobertura, las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales en lo que resulte pertinente.