CLAUSULA ADICIONAL
DE INDEMNIZACION POR ENFERMEDADES GRAVES

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de las condiciones generales de la Póliza de Seguros contratada, mediante la presente cláusula adicional que forma parte de la misma, regirán las condiciones siguientes:

COBERTURA

La ASEGURADORA pagará al ASEGURADO, la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, si es que el ASEGURADO se ve afectado por alguna de las enfermedades graves descritas en la presente cláusula, durante el período de vigencia de la Póliza de Seguro (luego de transcurrir el período de carencia) y antes de cumplir sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad.

Será condición para la activación de la presente cobertura adicional, que el Asegurado sobreviva por 30 días calendarios contados desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave presentada. Por ende, en caso que se produzca el fallecimiento del Asegurado antes del plazo descrito, esta cobertura no se activará.

PERIODO DE CARENCIA

En este periodo el Asegurado no cuenta con esta cobertura, es decir, si es que se presenta la situación de alguna enfermedad grave durante dicho período, ésta no será materia de cobertura inclusive aún culminando este período de carencia. El período de carencia es de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha de inicio de vigencia.

Las enfermedades graves son las siguientes:

1. Ataque al Corazón (Infarto de Miocardio)

Un infarto de miocardio es la muerte del tejido cardiaco debido a una obstrucción prolongada del flujo sanguíneo. Bajo esta definición, el infarto de miocardio se manifiesta por un aumento y/o caída de los biomarcadores cardíacos (troponina o CKMB) a niveles considerados como diagnóstico de infarto de miocardio. El diagnostico debe ser confirmado por un cardiólogo y al menos debe tener dos de los siguientes criterios:

- Síntomas de isquemia (como angina de pecho)

- Cambios en el Electrocardiograma sugestivos de nueva isquemia (nuevos cambios ST-T o nuevo bloqueo de rama izquierda)
- Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG

Se excluyen:

- Síndrome agudo coronario (angina de pecho estable o inestable).
- Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardiacas isquémicas (p.ej. miocarditis, disfunción apical, contusión cardíaca, embolia pulmonar, toxicidad de drogas).
- Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causados por vasoespasmo coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas.
- Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria o cirugía bypass.

2. Derrame e Infarto Cerebral

Muerte del tejido cerebral debido a un evento cerebrovascular agudo causado por trombosis o hemorragia intracraneal (incluida la hemorragia subaracnoidea), o embolia proveniente de una fuente extracraneal con:

- Aparición aguda de nuevos síntomas neurológicos, y
- Nuevo déficit neurológico evidenciado en el examen clínico.

Se excluyen:

- Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)
- Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos
- Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)

3. Cirugía de By-pass Aortocoronaria

Cirugía de corazón para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias con injertos (venosos o arteriales) de derivación (bypass). Cirugía cardíaca con esternotomía completa (división vertical del esternón) y los procedimientos mínimamente invasivos (esternotomía o toracotomía parcial) están cubiertos. La necesidad de cirugía debe ser determinada por un cardiólogo o cirujano cardíaco y apoyado por los resultados de angiografía coronaria.

Se excluyen:

- La cirugía de bypass para tratar el estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria
- La angioplastía coronaria o implante de stent

4. Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica ycaracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un Especialista.
A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Se excluyen:

- Ningún tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ (incluyendo el carcinoma ductal y lobular in situ de mama y la displasia cervical CIN-1, CIN 2 y CIN-3).
- Ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.
- La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.
- Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.
- Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.
- Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.
- Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.
- Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.
- Tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el Manual de de estadificación del cáncer de la AJCC, séptima edición(2010).
- Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.
- Carcinoma microinvasor de mama (histológicamente clasificado como T1mic) a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.
- Carcinoma microinvasor del cuello uterino (histológicamente clasificado como estadio IA1) a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.

5. Trasplante de órganos mayores, compuesto de tejidos o de médula ósea

Someterse como receptor a un trasplante por autoinjerto o isoinjerto de uno o más de los siguientes órganos:

- Corazón
- Riñón
- Hígado (incluyendo trasplante de parte del hígado o del hígado proveniente de donante vivo)
- Pulmón (incluyendo el trasplante de un solo lóbulo de donante vivo o trasplante de un solo pulmón)
- Médula Ósea (trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas precedida por la ablación total de la médula ósea)
- Intestino Delgado
- Páncreas

El trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto) se encuentran también cubiertos por esta definición. El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

Se excluyen:

- El trasplante de otros órganos, partes del cuerpo o tejidos (incluyendo la córnea y la piel)
- El trasplante de otras células (incluyendo células de los islotes y células madre que no sean las hematopoyéticas)

6. Fallo Renal (Enfermedad renal en etapa final)

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que como consecuencia requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal. Las diálisis deben ser médicamente necesarias y confirmadas por un especialista en nefrología.
No están cubiertos por esta definición:
Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal

EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, ésta cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre ninguna enfermedad o lesión del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

a) **Alcoholismo o drogadicción.**
b) **SIDA o presencia del virus VIH.**
c) **Enfermedades preexistentes.**
d) **Padecimientos congénitos.**
e) **Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**

f) **Riñas en los que hubiere intervenido el asegurado, salvo que sea en legítima defensa la cual deberá ser acreditada mediante resolución judicial o existan indicios suficientes que acrediten la misma.**
g) **Alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado.**

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el aviso de siniestro deberá darse a la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional. Asimismo, se deberán presentar los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha, salvo en el caso de lo dispuesto en el numeral 2 precedente, en cuyo caso deberá presentar documentación médica que demuestre la existencia de deficiencia neurológica durante al menos tres (3) meses contados a partir del diagnóstico.

SOLICITUD DE COBERTURA

Para solicitar la cobertura contenida en la presente cláusula, el ASEGURADO deberá presentar:

a) **Certificado Médico original donde se describa el diagnóstico y la existencia de algunas de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional.**
b) **Copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se verifique el diagnóstico y/o existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional.**

PAGO DEL SINIESTRO

Aplican las condiciones establecidas en el numeral 3 del Artículo 32° de las Condiciones Generales.

TÉRMINO DE LA COBERTURA BRINDADA POR ESTA CLÁUSULA

Esta cláusula adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro esté vigente, quedando sin efecto la presente cláusula, en los siguientes casos:

A) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

B) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o la edad de término de esta Póliza de Seguro señalada expresamente en las Condiciones Particulares, en caso de que ella sea menor, rebajándose desde entonces, el importe de la prima que correspondía a la cobertura de esta cláusula adicional.

C) A partir del momento en que la ASEGURADORA realice el pago de cualquiera de las coberturas descritas en la presente cláusula adicional.

El pago de prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en moneda corriente y al valor que tenga la moneda del seguro, al día del pago.