

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL DE UN AÑO CONDICIONES PARTICULARES

Art.1°) DE LA SUMA ASEGURADA

A efectos del presente contrato, se entiende por Suma Asegurada, la suma máxima pactada con la Aseguradora para el caso de Fallecimiento y/o Incapacidad Total y Permanente y establecida en estas Condiciones Particulares. En el caso de Diagnóstico de Enfermedad Grave, la suma asegurada es hasta el porcentaje establecido en estas Condiciones Particulares, el cual se aplicará sobre el Capital Asegurado para cobertura de fallecimiento.

Art.2°) DE LA INDEMNIZACION

En consideración a las declaraciones suscritas por quién precedentemente se designa como Asegurado/ Tomador, y el pago del Premio correspondiente, el Asegurador, se obliga y compromete a pagar la Indemnización correspondiente, sí durante la vigencia del presente contrato, se presentare alguno de los siguientes riesgos:

- a) **Muerte del Asegurado.** Una vez recibida y aceptadas las pruebas respectivas del fallecimiento del asegurado, el Asegurador abonará el Capital Asegurado, pactado en estas Condiciones Particulares.
- b) **Incapacidad Total y Permanente.** Si el asegurado sufre, durante la vigencia de la póliza, una Incapacidad Total y Permanente que lo obligue a abandonar su empleo, ocupación o profesión remunerada que ejercía a la fecha de contratar el seguro, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, tras un periodo máximo de espera de ciento ochenta (180) días, abonará el Capital Asegurado, pactado en éstas Condiciones Particulares, quedando el Asegurador libre de cualquier obligación ulterior en caso de muerte del asegurado.

Es condición expresa para la aplicación de esta cobertura, que la incapacidad se produzca por lesiones o enfermedades contraídas con posterioridad a la fecha de la presente póliza.

El pago anticipado del capital asegurado en caso de incapacidad total y permanente, dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento.

- c) **Anticipo por Diagnóstico de Enfermedad Grave.** Si el asegurado sufre durante la vigencia de la póliza, y con un periodo de espera de 3 meses, una enfermedad grave, avanzada, incurable, progresiva, la aseguradora abonará el correspondiente porcentaje del Capital Asegurado pactado en estas Condiciones Particulares.

En dicho caso, el capital asegurado para coberturas de Fallecimiento y/o Incapacidad Total y Permanente se reducirá en la proporción abonada por el Asegurador en concepto de Anticipo por Diagnóstico de Enfermedad Grave.

A efectos del presente contrato, se entiende por Enfermedades Graves:

- ✓ **CÁNCER:** Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

No están cubiertos por esta definición:

- 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 esencia.
- 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 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.
- ✓ **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, junto con al menos 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

No están cubiertos por esta definición:

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

- ✓ **ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS:** 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.

No están cubiertos por esta definición:

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

- ✓ **ESTADIO FINAL DE ENFERMEDAD RENAL:** 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

- ✓ **ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (APOPLEJÍA):** 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.

El déficit neurológico debe persistir por más de 3 meses siguientes a la fecha de diagnóstico. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista en neurología y apoyado con los correspondientes estudios de imagen.

No están cubiertos por esta definición:

- 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).

- ✓ **PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES** Pérdida total e irreversible de la función muscular de la totalidad de cualquiera de las 2 extremidades como resultado de lesiones o enfermedades de la médula espinal o del cerebro. Las extremidades se definen como el brazo completo o la pierna completa. La parálisis debe estar presente por más de 3 meses, debe ser confirmada por un especialista en neurología y fundamentada por hallazgos clínicos y de diagnóstico.

No están cubiertos por esta definición:

- Parálisis debida a trastornos psicológicos o por autolesión
- Síndrome de Guillain-Barré
- Parálisis periódica o hereditaria

- ✓ **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** Diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple, que debe ser confirmado por un especialista en neurología y justificado por todos los siguientes criterios:

- Deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, que debe haber persistido por un período continuo de al menos 6 meses.
- Resultados de resonancia magnética (IRM) que muestren al menos dos lesiones de desmielinización en el cerebro o en la médula espinal característica de la esclerosis múltiple.

No están cubiertos por esta definición:

- Esclerosis múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos, pero no confirmatorios de diagnóstico de la esclerosis múltiple
- Neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas

El ASEGURADOR adquiere las obligaciones que le corresponden en consideración a las declaraciones del ASEGURADO que constan en la Solicitud de Contratación del Seguro, como asimismo en el Informe del Médico Examinador o en el Formulario de Declaración de Salud del ASEGURADO, si los hubiere, conforme al pago de las primas que se detallan en estas Condiciones Particulares y de acuerdo a las disposiciones legales contractuales que rigen en la materia.

