

Anexo Cirugía de Bypass de Arteria Coronaria de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Cirugía de Bypass de Arteria Coronaria, siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

La cirugía de derivación de la arteria coronaria se define como la realización real de una cirugía cardíaca a tórax abierto para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias con la inserción de injertos de derivación. Esta definición también abarca las cirugías de bypass coronario mínimamente invasivas (ojo de cerradura), con o sin esternotomía, siempre que se haya insertado un injerto coronario. La cirugía debe haber sido considerada necesaria por un médico certificado.

Exclusiones:

Procedimientos cerrados de arterias coronarias, que incluyen, entre otros, angioplastia coronaria, inserción de stent y todos los demás procedimientos basados en catéteres intravasculares.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ de _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo de Cáncer Invasivo de gravedad específica de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Cáncer Invasivo de gravedad específica, siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

El cáncer se define como un tumor evidenciado por el crecimiento incontrolado de células cancerosas e invasión de tejidos. El término cáncer incluye, pero no se limita a: leucemia, sarcoma no cutáneo, linfoma no cutáneo y síndrome de Sézary, este último según lo definido por la Sociedad Internacional de Linfoma Cutáneo (SILC) y la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (OEITC).

El diagnóstico definitivo de cáncer debe ser emitido por un médico especialista en oncología, quien deberá contar con el número de colegiado activo vigente.

La gravedad específica se basará en un informe de patología final y la etapa anatómica del cáncer basado en la última edición del Manual de Estadificación del Cáncer del Comité Conjunto Americano del Cáncer (CCAC).

Exclusiones:

- Todos los tumores que histológicamente se describen como benignos, premalignos, malignos limítrofes, de bajo potencial maligno, todos los grados de displasia, todas las lesiones intraepiteliales escamosas (HSIL y LSIL), y todos los grados de neoplasia intraepitelial;
- Cualquier tumor clasificado como carcinoma in situ (Tis) o (Ta);
- Todos los cánceres no melanoma que surgen en la piel a menos que se haya diseminado a los ganglios linfáticos (CCAC N+) o sitios distantes (CCAC M+) o en ausencia de diseminación a los nodos donde se ha realizado terapia con cirugía resectiva seguida de radioterapia, quimioterapia o terapia sistémica dirigida;
- Todos los cánceres de piel de melanoma que son CCAC pronóstico Etapa I o menos;
- Todos los melanomas oculares (uveales) confinados al ojo a menos que se haya realizado tratamiento con cirugía resectiva, braquiterapia, radioterapia de haz externo, quimioterapia o terapia sistémica dirigida;
- Todos los tumores de tejidos blandos, tumores de tejido conectivo y tumores anexiales de la piel (incluyendo, pero no limitado a sarcomas, dermatofibromas, fibrosarcomas, tumores foliculares y malignidades glandulares) a menos que se haya diseminado a los ganglios linfáticos (CCAC N+) o sitios distantes (CCAC M+) o si el tumor se considera irresecable y requiere radioterapia, quimioterapia o terapia sistémica dirigida;

- Todos los linfomas cutáneos primarios incluyendo micosis fungoide que son SILC/OEITC pronóstico Etapa I o menos, que permanecen confinados a la piel, según lo confirmado por la ausencia de evidencia histológica de afectación de los ganglios o evidencia de afectación visceral o a menos que se requiera fototerapia total con psoraleno y ultravioleta A (PUVA);
- Todos los tumores neuroendocrinos (incluyendo tumores carcinoides) y tumores del estroma gastrointestinal que son CCAC pronóstico Etapa I o menos;
- Todos los tumores de tiroides que son CCAC pronóstico Etapa I o menos;
- Cáncer de próstata a menos que se clasifique histológicamente como teniendo una puntuación de Gleason que es mayor o igual a 7, o que haya progresado al menos a una etapa anatómica T2N0M0;
- Todas las malignidades de la médula ósea y linfomas no cutáneos (incluyendo pero no limitado a: leucemia, neoplasias mieloproliferativas, trombocitemia esencial, mielofibrosis primaria, policitemia vera y síndrome mielodisplásico), a menos que la malignidad de la médula ósea o el linfoma no cutáneo requiera tratamiento con quimioterapia sistémica, terapias dirigidas contra el cáncer, trasplante de médula ósea o trasplante de células madre hematopoyéticas, o una dependencia permanente en la reposición de productos sanguíneos o flebotomías terapéuticas;
- Todos los cánceres solo identificados a partir de células tumorales, material genético u otros biomarcadores, cualquiera de los cuales puede estar presente en la sangre, saliva, orina u otros fluidos corporales, incluyendo, pero no limitado a pruebas conocidas como “biopsias líquidas”.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ de _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Enfermedad hepática en etapa terminal de gravedad específica de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Enfermedad hepática en etapa terminal de gravedad específica, siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

Un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de la enfermedad hepática en etapa terminal donde hay evidencia de falla permanente e irreversible de la función hepática que ha resultado en los tres (3) siguientes:

- Ictericia;
- Ascitis;
- Encefalopatía hepática.

Exclusiones:

Enfermedad hepática en etapa terminal causada por el uso de alcohol o drogas, incluyendo, pero no limitado a la acetaminofén (paracetamol).

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____, del _____ registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Falla Respiratoria Crónica – (de gravedad específica) de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____
Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Falla Respiratoria Crónica – (de gravedad específica), siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

Se define como una condición donde el sistema respiratorio presenta un intercambio gaseoso inadecuado permanente que resulta en un nivel arterial de oxígeno (PO₂ arterial) o nivel arterial de bióxido de carbono (PCO₂), o ambos en sangre en rangos fuera de los normales.

Para esta definición un neumólogo certificado debe emitir el diagnóstico definitivo de uno de los siguientes tipos de falla respiratoria crónica permanente:

- Falla respiratoria crónica tipo 1, que se define con una prueba de gases en sangre arterial mostrando una presión parcial de oxígeno (PO₂) de menos de 60 mmHg (< 8.0 kPa) al respirar aire ambiente y una presión parcial de bióxido de carbono (PCO₂) que es normal o menor a 50 mmHg (<6.7kPa).
- Falla respiratoria crónica tipo 2. que se define con una prueba de gases en sangre arterial mostrando una presión parcial de oxígeno (PO₂) normal o baja de menos de 60 mmHg (<8.0 kPa) al respirar aire ambiente y una presión parcial de bióxido de carbono (PCO₂) elevada de más de 50 mmHg (>6.7 kPa).

Además del diagnóstico de un tipo de falla respiratoria crónica, deben estar presentes cualquiera de los dos (2) siguientes criterios:

- Un médico certificado debe prescribir terapia con oxígeno suplementario por lo menos de 15 horas por día, a menos que esté contraindicado (por ej. En fumadores);
o
- Las pruebas de función pulmonar muestran el valor del volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada (FEV₁ o VEMS) es menos del 50% esperado en evaluaciones repetidas; o
- Presencia de falta de aire (disnea) en reposo o después de caminar 10 metros a nivel del piso.

Exclusiones:

- Falla respiratoria aguda reversible.
- Falla respiratoria ocasionada por una condición que no es permanente y que se espera mejorará con el tiempo.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____, del _____ registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Infarto de Miocardio de gravedad específica de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Infarto de Miocardio de gravedad específica, siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

Entendido como la muerte (necrosis) confirmada de una parte del músculo cardíaco como resultado de un suministro insuficiente de sangre.

Para que la compensación sea aplicable, el primer diagnóstico definitivo debe ser respaldado o realizado por un médico especialista, y estar acompañado de un informe médico junto con un aumento y disminución de biomarcadores cardíacos específicos a niveles considerados diagnósticos de infarto agudo de miocardio, con al menos uno de los siguientes criterios:

- a. Síntomas clínicos considerados típicos de infarto agudo de miocardio; o
- b. Cambios en el EKG considerados típicos de infarto agudo de miocardio.

El infarto agudo de miocardio resultante de procedimientos de arterias coronarias cumple con la definición anterior siempre que se satisfagan los criterios específicos internacionalmente acordados para el infarto procedimental.

Exclusiones:

- Lesión miocárdica que no sea una consecuencia directa de un suministro inadecuado de sangre o que resulte de una enfermedad sistémica o de un trauma directo al corazón;
- Elevaciones de biomarcadores cardíacos específicos causadas por arritmias cardíacas.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ de _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Insuficiencia renal (de gravedad específica) de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Insuficiencia renal (de gravedad específica), siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

Un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de insuficiencia renal en etapa terminal donde hay una falla total e irreversible de la función renal en ambos riñones. La insuficiencia renal debe tratarse con un trasplante de riñón o se debe instituir diálisis renal permanente según lo considere médicamente necesario un médico certificado.

Exclusiones:

Insuficiencia renal aguda reversible, aunque se trate con diálisis temporal.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____, del _____ registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Parálisis – (de gravedad específica) de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Parálisis – (de gravedad específica), siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

Un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de parálisis donde hay la pérdida total e irreversible del uso de dos o más extremidades debido a una lesión o enfermedad del suministro nervioso al músculo. Esta definición incluye, entre otros, cuadriplejia, hemiplejia y paraplejia. La parálisis completa del brazo o de los brazos y/o piernas debe ser evidente en el examen físico y estar respaldada por las pruebas neurológicas adecuadas. Un médico certificado debe ser de la opinión de que la parálisis es permanente y debe estar presente durante más de 90 días.

Exclusiones:

Parálisis por trastornos psicológicos.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____, del _____ registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Quemadura de tercer grado – (de gravedad especificada) de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Quemadura de tercer grado – (de gravedad especificada), siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

La quemadura de tercer grado se define como una quemadura en todo el espesor de la piel que causa cicatrices. La quemadura de tercer grado debe cubrir al menos el 20% de la superficie del cuerpo o involucrar la mitad de la cara. Un médico certificado debe confirmar el diagnóstico y el área total involucrada utilizando gráficos de área de superficie corporal estandarizados y clínicamente aceptados.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ de _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Trasplante de órganos mayores y trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) - (de gravedad específica) de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____
Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Trasplante de órganos mayores y trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) - (de gravedad específica), siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

El trasplante de órganos mayores se define como la realización real, como receptor, de un trasplante de órgano humano sólido de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o intestino delgado, siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado en las condiciones generales.

El TCMH se refiere a cualquier procedimiento, que un médico certificado considere necesario, mediante el cual se administran células madre hematopoyéticas humanas (o células madre formadoras de sangre) a un receptor con la intención de repoblar y reemplazar la médula ósea del receptor. El TCMH debe seguir un régimen de acondicionamiento de la médula ósea de acuerdo con protocolos clínicos reconocidos.

Exclusiones:

Trasplantes de células de los islotes pancreáticos; o trasplante de cualquier otro órgano o tejido.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____, del _____ registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Anexo Accidente Vascular Cerebral de seguro masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sea diagnosticado con Accidente Vascular Cerebral, siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado.

El accidente vascular cerebral se define como el inicio agudo de la muerte irreversible del tejido cerebral o del tejido de la médula espinal debido a la falta de suministro de sangre o a una hemorragia en la sustancia cerebral, el espacio subaracnoideo o la médula espinal.

Un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de un nuevo evento cerebrovascular, el cual debe estar respaldado por hallazgos en imágenes del cerebro o de la médula espinal. El accidente cerebrovascular debe resultar en un déficit neurológico objetivo permanente que sea evidente en el examen físico y que haya persistido durante un período continuo de al menos 30 días después del inicio del evento cerebrovascular.

El déficit neurológico objetivo debe ser anatómicamente compatible con los hallazgos en las imágenes.

Exclusiones:

- Ataque Isquémico Transitorio (AIT);
- Evento cerebrovascular debido a un accidente o lesión.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____, del _____ registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.