

Solicitud de seguro de enfermedades graves tradicional

Datos del Asegurado

Nombres y apellidos	
Fecha de nacimiento	Estado civil: Soltero () Casado ()
Documento de identificación DPI o Pasaporte	
NIT	Número de teléfono y/o celular
Dirección	
Correo electrónico	Ocupación actual
Descripción de la ocupación	
Salario	
Cuestionario LD/FT	
Es o ha sido en los últimos dos años PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP-	Si () No ()
Tiene parentesco o está relacionado con una PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP-	Si () No ()
Es o ha sido en el último año, Contratista o Proveedor del Estado -CPE-	Si () No ()
Es residente o Ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica	Si () No ()
En caso afirmativo indique si es : Residente () Ciudadano()	
Número de Green Card o Social Security: _____	
En los últimos 4 años a tenido adjudicaciones iguales o mayores a los Q.900 mil Si () NO ()	
Si ha respondido afirmativamente a alguno de los enunciados anteriores, deberá completar los formularios correspondientes.	

Si el contratante es diferente al Asegurado por favor completar la siguiente información

Nombres y apellidos	
Fecha de nacimiento	Estado civil: Soltero () Casado ()
Documento de identificación DPI o Pasaporte	
NIT	Número de teléfono y/o celular
Dirección	
Correo electrónico	

Datos del seguro a contratar

Cobertura/Plan	Periodicidad de pago	
	Mensual ()	Trimestral ()
Moneda Q () \$ ()	Semestral ()	Anual ()

Medio de pago de la prima

Débito a cuenta Ahorro () Monetaria () Número de cuenta _____	
Cheque () Pago a nombre de: _____	
Tarjeta de crédito () Tarjeta de débito () Número de tarjeta _____	
Banco emisor _____	Fecha de expiración _____

Cuestionario de salud

Responda las preguntas de forma veraz, precisa y completa. Recuerde, que si omite algún tipo de información o proporciona información engañosa, podría implicar que su reclamación no sea aceptada y por consiguiente no se le brinde cobertura.

Si alguna de las respuestas resulta ser afirmativa, esto impediría la aprobación de la solicitud.

1. ¿ Le han diagnosticado o ha recibido tratamiento por?		
	Si	No
a. Ataque cardíaco, dolor en el pecho, cualquier trastorno de válvulas cardíacas, fibrilación auricular, soplo, enfermedad de las arterias coronarias, presión arterial alta y/o cualquier otra enfermedad o trastorno del corazón		
	Si	No
b. Tumor o crecimiento, cáncer, enfermedad de Hodgkin, leucemia o linfoma.		
	Si	No
c. Accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio (AIT), epilepsia o trastorno convulsivo.		
	Si	No
d. Diabetes, prediabetes, resistencia a la insulina o síndrome metabólico.		
	Si	No
e. Enfermedad renal poliquística, infección renal crónica o cualquier otra enfermedad renal.		
	Si	No
f. Hepatitis, cirrosis o cualquier otro tipo de enfermedad hepática.		
	Si	No
g. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema, sarcoidosis, fibrosis quística, fibrosis pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial o cualquier otra enfermedad pulmonar crónica o problema respiratorio.		
	Si	No
h. Esclerosis múltiple, lesión de médula espinal, parálisis cerebral, enfermedad de la neurona motora, esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehrig)		
	Si	No

2. ¿ Tiene conocimiento de algún signo, síntoma o queja por la cual aún no ha

consultado a un proveedor de atención médica o no ha recibido tratamiento?		
3. Está usted actualmente:		
	Si	No
a. ¿Programado para cirugía de cualquier tipo u hospitalización por cualquier motivo?		
	Si	No
b. ¿ Se ausentó del trabajo por motivos de salud?		

Seguros vigentes

Cobertura personal en caso de muerte, invalidez, accidentes y gastos médicos.

Compañía	Cobertura	Suma asegurada	Año de emisión

(Autorizo a Seguros G & T, S.A. para que reporte todo tipo de información y cumplan con las demás obligaciones legales y/o contractuales, derivadas de la implementación de legislación FATCA o de cualquier otra normativa aplicable.

Otorgo mi consentimiento a Seguros G & T, S.A. que, de ser elegido como asegurado, mi póliza de seguro sea entregada de forma digital a través del correo electrónico registrado en el apartado de datos.

Para efectos de aceptación de mi contratación de seguro de salud y enfermedad, declaro que: Mi estado actual de salud es bueno; no padezco de enfermedades congénitas o afecciones cardiovasculares, SIDA y/o VIH, hipertensión arterial, cáncer, ni diabetes y en la actualidad no sufro de enfermedades agudas o crónicas, afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente, o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma causal o consecucional.

Queda entendido y convenido que: Seguros G & T, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Autorizo de manera expresa y continua a Seguros G & T, S. A. para que, por cuenta propia o a través de la entidad bancaria correspondiente, realice el débito automático de mi cuenta de ahorro o monetaria; o el cargo a la tarjeta de crédito o débito detallada en esta solicitud (o cualquier otra que la sustituya en el futuro), con el objeto de cubrir el pago de las primas correspondientes. Reconozco que es mi responsabilidad mantener fondos suficientes o cupo disponible. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar reintentos de cobro en caso de rechazo. Esta autorización permanecerá vigente mientras no exista una instrucción por escrito de mi parte solicitando la revocación o hasta la terminación de la vigencia del seguro. En consecuencia, eximo de toda responsabilidad a Seguros G & T, S. A. y a la entidad financiera por la falta de cobertura o cancelación del seguro derivada de la imposibilidad de efectuar el cobro por causas imputables a mi cuenta o tarjeta. Entiendo que, ante la falta de pago de la

prima y transcurrido el plazo legal, la Compañía no estará obligada a cubrir ningún siniestro conforme a las condiciones generales y la legislación vigente.

Firma del Solicitante: _____

Lugar y Fecha _____

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.

Carátula de seguro de enfermedades graves tradicional

Seguros G & T, S.A. (en adelante denominado la Compañía), pagará la suma asegurada que corresponda según el plan contratado, de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de esta póliza y los anexos, siempre que la misma se encuentre en vigor. El pago se hará en su oficina principal de la ciudad de Guatemala, al propio asegurado, después de recibir la Compañía pruebas fehacientes de la realización de la eventualidad prevista en esta póliza.

Número de póliza _____

Nombres y apellidos del asegurado		
Vigencia de la póliza		NIT
Documento personal de identificación		
Dirección		
Prima		Forma de pago
Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento
Periodicidad del pago		Período de espera _____ () días
Periodo de supervivencia		
Plan contratado		
SUMA ASEGURADA		
Cobertura		
<p>La suma asegurada será pagada al Asegurado una sola vez, exclusivamente por la primera Enfermedad Grave cubierta que sea diagnosticada y cumpla con los términos y condiciones de la póliza, durante toda la vigencia del contrato.</p>		
Lugar y fecha		
<p style="text-align: center;">Firma del funcionario legalmente autorizado</p>		

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

Condiciones generales seguro de enfermedades graves tradicional

1. **CONTRATO**

Estas condiciones generales constituyen el contrato entre el asegurado y Seguros G & T, Sociedad anónima (en adelante llamada la Compañía), Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.

A el Asegurado titular, al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Aseguradora, para los efectos de los primeros dos (2) párrafos del artículo seiscientos setenta y tres (673) del Código de Comercio que dice textualmente:

“En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con la solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince (15) días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince (15) días siguientes, el contratante que expide el documento no declara que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último, (...).”

2. **DEFINICIONES**

Cada palabra o expresión para la que se haya fijado un significado específico, de conformidad con el contenido de esta cláusula, mantendrá, ese mismo significado dondequiera que se utilice en la póliza y prevalecerá sobre el sentido natural del término.

2.1 Accidente: Se entenderá por accidente a toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

2.2 Asegurado: persona natural designada para recibir la suma asegurada establecida en la póliza en caso de que se le diagnostique alguna de las enfermedades graves cubiertas.

2.3 Diagnóstico: Dictamen que realiza un médico colegiado autorizado para ejercer la medicina sobre un padecimiento, respaldado por la experiencia y documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad o Lesión, basándose para ello en evaluaciones directas, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, en antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para formular un juicio técnico.

2.4 Enfermedad grave: se define generalmente como una condición médica seria, diagnosticada por un médico especialista, que pone en riesgo la vida de la persona, causa una incapacidad significativa o requiere un tratamiento médico intensivo y prolongado.

2.5 Enfermedad preexistente: Toda enfermedad o padecimiento cuyos signos, síntomas o desarrollo hayan ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado.

2.6 Fecha de inicio de vigencia: A la fecha en que la póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

2.7 Fecha de fin de vigencia: A la fecha en que concluye la cobertura de la póliza, tal como aparece en la póliza.

2.8 Médico o doctor especialista: Profesional de la salud que, tras obtener el título de Médico y Cirujano y contar con colegiación activa en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, ha completado un programa oficial de formación de posgrado en una especialidad médica, reconocido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y/o universidades acreditadas del país. Este profesional está capacitado para brindar atención médica especializada en un área específica de la medicina, con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar enfermedades complejas dentro de su campo de especialización.

2.9 Período de espera: lapso que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia de la póliza, durante el cual el asegurado no cuenta con cobertura.

2.10 Período de gracia: plazo que la aseguradora otorga al asegurado para realizar el pago de la prima correspondiente para que la póliza pueda permanecer vigente.

2.11 Período de supervivencia: plazo de tiempo determinado (especificado en la carátula de la póliza) que el asegurado debe continuar con vida después de haber sido diagnosticado con una enfermedad grave cubierta, para que la compañía de seguros proceda a pagar la suma asegurada..

2.12 Prima: Es el costo o precio del seguro por la cobertura que se obtiene, la cual debe ser pagada por el Contratante a la Compañía. Cantidad o Monto de dinero que el solicitante/contratante de la póliza debe pagar durante el año contratado de la póliza para mantener vigente la cobertura del seguro.

2.13 Suma asegurada: monto establecido en la carátula de la póliza que será pagado al Asegurado una sola vez, exclusivamente por la primera Enfermedad Grave cubierta que sea diagnosticada y cumpla con los términos y condiciones de la póliza, durante toda la vigencia del contrato.

3. COBERTURA

El objeto de la cobertura es otorgar una suma asegurada en caso de que el titular sea diagnosticado con una enfermedad grave, para la cual haya contratado el anexo correspondiente.

4. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada corresponderá a la descrita en la carátula de la póliza.

5. EDADES

- Edad mínima 18 años
- Edad máxima de ingreso 64 años
- Edad de cancelación automática de la cobertura al cumplir los 70 años.

6. REHABILITACIÓN

Si la Compañía cancela la Póliza por falta de pago, la Compañía a su discreción podrá considerar la rehabilitación de la Póliza, después de haber recibido el formulario debidamente lleno y firmado por el Asegurado Titular, mismo que será evaluado por la Compañía. La solicitud de rehabilitación deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha de cancelación de la póliza. No se considerará ninguna solicitud de rehabilitación si se presenta después de transcurridos los treinta (30) días calendario.

La presentación del formulario de rehabilitación no obliga a la Compañía a aceptar el riesgo. La Compañía dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la presentación del formulario confirmará o denegará la solicitud de rehabilitación. En caso de aceptarse la rehabilitación queda sujeta a lo siguiente:

- Al pago de la prima correspondiente.
- Únicamente se cubrirán los diagnósticos realizados a partir de la fecha efectiva de rehabilitación de la póliza.

7. EXCLUSIONES

La suma asegurada no será pagadera si la enfermedad es causada (parcial o totalmente) por cualquiera de las siguientes razones:

- La condición de la enfermedad existía antes de la fecha de entrada en vigor del seguro; o
- El asegurado sufre de cualquier condición preexistente, o muestra signos o síntomas, que puedan ser la causa o condición desencadenante de una condición de enfermedad antes de la fecha de entrada en vigor del seguro; o
- Cualquier Enfermedad Grave o la manifestación de sus signos o síntomas, diagnosticados por un especialista registrado, que ocurran dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de entrada en vigor de la póliza o de su última rehabilitación, lo

que ocurra después. La presente exclusión no será aplicable si la Enfermedad Grave es consecuencia directa de un Accidente ocurrido dentro del mismo período de noventa (90) días, y siempre que el diagnóstico se confirme dentro de dicho plazo.

La condición de la enfermedad es un resultado directo o indirecto de:

- El intento de suicidio del asegurado o lesiones autoinfligidas en plenas facultades mentales o no;
- Narcóticos utilizados por el asegurado a menos que sean recetados por un médico certificado;
- El abuso de drogas y/o alcohol por parte del asegurado;
- Donación de cualquier órgano del asegurado.

8. CLÁUSULAS DE APLICACIÓN GENERAL

8.1 Pago de las Primas: El Asegurado debe la prima desde el momento del inicio de vigencia del contrato. En caso de que la prima de la póliza no sea pagada en la fecha de su exigibilidad, la Compañía tendrá derecho a terminar la póliza por falta de pago. El pago de una prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponde dicho pago. La forma de pago de la prima se hace constar en carátula de la póliza.

8.2 Período de gracia para el Pago de Primas: La Compañía concede un plazo de gracia para el pago de las primas de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, en el entendido de que durante tal plazo la póliza continuará vigente y en caso de ocurrir alguna reclamación en ese período, la Compañía tendrá la obligación de atenderla, previo cancelación de la Prima pendiente de pago.

8.3 Declaraciones falsas o inexactas: Toda declaración falsa o inexacta da derecho a la Compañía para terminar el contrato de seguro en todos sus efectos, debiendo la Compañía dar aviso al Asegurado, por escrito, conforme lo dispuesto por el Artículo 908 del Código de Comercio.

8.4 Cancelación (Terminación Anticipada): Esta Póliza podrá ser cancelada por:

- a) falta de pago de la prima según la forma de pago.
- b) a solicitud del asegurado con quince (15) días de anticipación.
- c) por haberse indemnizado la suma asegurada contratada.
- d) por decisión de la Compañía.
- e) fallecimiento del asegurado.

8.5 Resolución de controversias: Agotada la vía conciliatoria para la resolución de controversias derivadas del contrato, cualquier diferencia que persista entre el Asegurado y la Compañía será sometida a la decisión de los tribunales ordinarios competentes de justicia de la ciudad de Guatemala.

8.6 Jurisdicción: El Asegurado y la Compañía renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales ordinarios competentes de justicia de la ciudad de Guatemala, para todo litigio proveniente de este Contrato.

8.7 Notificaciones: Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito por el Asegurado y/o la Compañía. Las notificaciones se dirigirán al último domicilio registrado.

8.8 Renovación: El contrato de seguro se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de la vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con una plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

9. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

9.1 Médico Autorizado

El diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad grave cubierta debe ser realizada por un especialista.

9.2 Pago de la suma asegurada

La suma asegurada de enfermedades graves sólo será pagadera por la primera enfermedad diagnosticada en una sola exhibición que proceda de acuerdo con cada una de las condiciones cubiertas durante la vigencia de la póliza.

9.3 Documentos para presentar en caso de siniestro

Para validar la veracidad del diagnóstico se solicitará lo siguiente:

- Copia legible de DPI del asegurado.
- Certificado médico que indique historial clínico en donde se especifique la fecha del diagnóstico y se detalle la enfermedad grave.
- Resultados de laboratorio.
- Rayos X, y cualquier otro estudio diagnóstico, histopatológico que requiera el área de reclamos de la Compañía que considere necesario para documentar que se trata de enfermedad grave.

9.4 Pago de obligaciones a los asegurados

Una vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de las pólizas, el pago de la cobertura deberá de realizarse en un periodo de treinta (30) días.

9.5 Prescripción

Todas las acciones y derechos que deriven de la presente póliza prescribirán en el plazo de dos (2) años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Anexo Accidente Vascular Cerebral de seguro de Enfermedades graves tradicional

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 un 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);
- Se excluye cualquier evento o accidente cerebrovascular (ACV) cuya causa primaria sea un traumatismo físico externo, lesión accidental o daño mecánico sobre la estructura craneal o vascular, independientemente de la gravedad del impacto.

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 Cirugía de Bypass de Arteria Coronaria de seguro de Enfermedades graves tradicional

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado le sea practicado un 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 de Enfermedades graves tradicional

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 en las condiciones generales.

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 Insuficiencia renal (de gravedad específica) de seguro de Enfermedades graves tradicional

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 de Enfermedades graves tradicional

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 una Parálisis – (de gravedad específica), siempre que el asegurado cumpla con el periodo de supervivencia estipulado en las condiciones generales.

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, cuadriplejía, hemiplejía y paraplejía. 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 Trasplante de órganos mayores y trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) - (de gravedad específica) de seguro de Enfermedades graves tradicional

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado reciba un 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 en las condiciones generales.

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.

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 Quemadura de tercer grado – (de gravedad especificada) de seguro de Enfermedades graves tradicional

Número de póliza _____

Inicio de vigencia _____ Fin de vigencia _____

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado sufra de una 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 Infarto de Miocardio de gravedad específica de seguro de Enfermedades graves tradicional

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 en las condiciones generales.

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

Para que la cobertura 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 relacionado con intervenciones coronarias se ajusta a la definición anterior, siempre que cumpla con los criterios del consenso internacional para 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 Falla Respiratoria Crónica – (de gravedad específica) de seguro de Enfermedades graves tradicional

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 tres (3) 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 Enfermedad hepática en etapa terminal de gravedad específica de seguro de Enfermedades graves tradicional

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.