



SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDADES GRAVES CONDICIONES GENERALES

MUESTRA SIN VALOR



1) Objeto del seguro

El objeto de la cobertura de este seguro es el de dar una indemnización al asegurado que sea diagnosticado con una enfermedad grave de las cubiertas bajo este seguro con el fin de cubrir los gastos en que incurrirá por el cambio significativo de su estilo de vida.

2) Asegurado

Es la persona que cumple con los requisitos de Asegurabilidad y que a solicitud del contratante, ha quedado amparado bajo esta póliza de Seguro Colectivo de Enfermedades Graves.

3) Obligación de la Compañía

La Compañía se compromete a pagar al Asegurado la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro al ocurrir por única vez, cualquiera de las Enfermedades Graves indicadas en la Cláusula 4 de estas condiciones generales.

4) Enfermedades Graves que dan derecho al pago de la suma asegurada

(Ver definición de siglas en Cláusula 5)

Para efectos de este seguro, serán consideradas Enfermedades Graves, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes:

Cáncer

La presencia de un tumor maligno cuyas características son el crecimiento incontrolado y la difusión de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

El diagnóstico de cáncer debe ser efectuado por un patólogo y la evidencia de malignidad debe ser respaldada por el análisis histológico.

Quedan excluidos los siguientes tumores:

- Tumores que presentan las características de carcinoma in situ (incluyendo la displasia de cuello uterino CIN-1 CIN-2 Y CIN-3) o que se describen histológicamente como premalignos o no invasivos.
- Todos los tumores de piel, incluidas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares, los carcinomas de células escamosas y los melanomas de espesor máximo inferior a 1.5 mm, determinado por el examen histológico empleando el método de Breslow, a no ser que haya evidencia de metástasis.
- Cualquier cáncer en presencia de HIV, VPH y VHH.
- Tumores que no ponen en peligro la vida, como tumores de próstata especificado histológicamente en la clasificación TNM como T1 (a) o T1 (b) pero no T1 (c) o de estadio equivalente o inferior en otra clasificación, los micro carcinomas papilares de tiroides o de vejiga de estado inferior a T2N0M0, leucemia de linfocitos crónica de estadio inferior al RAI I, la enfermedad de Hodgkin de estadio 1.

Cirugía de la aorta

Intervención quirúrgica por enfermedad de la aorta por vía toracotómica o laparotomía que conlleve la reconstrucción o la escisión de la aorta enferma y su sustitución con una prótesis. En esta definición, por aorta se entiende la aorta torácica y la aorta abdominal pero no sus ramificaciones. Las lesiones traumáticas de la aorta y las intervenciones quirúrgicas efectuadas empleando solamente técnicas endovasculares se excluyen específicamente.

Cirugía de las válvulas cardíacas

Intervención quirúrgica a corazón abierto para sustituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de disfunción o anomalía de las válvulas cardíacas. Todas las intervenciones no a corazón abierto y las sustituciones de prótesis valvulares quedan excluidas específicamente.

Cirugía de by-pass aorto-coronario

Intervención quirúrgica a corazón abierto de by-pass aorto coronario para corregir o tratar una enfermedad coronaria, pero excluyendo la angioplastia, la implantación de stent o cualquier otro procedimiento percutáneo o no quirúrgico.

Derrame o Hemorragia Cerebral

Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebrovascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal, y que esté asociado a los siguientes resultados:

- Duración de los síntomas/evidencias por más de 24 horas.
- Pérdida permanente de las funciones motora y sensitiva o pérdida de la palabra.
- Lesión neurológica permanente.



Un especialista neurólogo debe comprobar la evidencia de la lesión neurológica permanente tras haber transcurrido un período de al menos 180 días a partir de la fecha del derrame. Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

- Ataques isquémicos transitorios;
- Accidentes que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad;
- Síntomas cerebrales debido a cefalea;
- Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia;
- Enfermedad vascular isquémica que afecta al ojo o al nervio óptico o al sistema vestibular.

Infarto

La necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se convalida si al menos tres de los cuatro criterios se encuentran presentes:

- Presencia de dolores torácicos típicos.
- Aparición de nuevas alteraciones electrocardiográficas diagnosticadas (ECG) por necrosis del miocardio.
- Significativa elevación de al menos uno de los marcadores de lesión cardíaca (CK-MB, troponina).
- Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

Si el único marcador aumentado es la troponina, se requiere también la presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

Insuficiencia renal

Insuficiencia renal terminal que se presenta como una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.

Trasplante de órganos principales

El hecho efectivo de someterse como receptor a un trasplante entre seres humanos de uno de los siguientes órganos: Corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón, médula ósea, de conformidad con el diagnóstico de un médico cirujano que compruebe que el trasplante es el método más apropiado para tratar una patología que pone en peligro la vida del asegurado. Queda excluido el trasplante de cualquier otro órgano, de partes de órganos o de cualquier otro tejido o célula.

5) Glosario

CIN-1 Neoplasia intraepitelial del cervix grado I. CIN-2 Neoplasia intraepitelial del cervix grado II. CIN-3 Neoplasia intraepitelial del cervix grado III. SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. VIH Virus de inmunodeficiencia humana.

VPH Virus del papiloma humano. VHH Virus del herpes humano.

TNM Clasificación de estadio del cáncer de acuerdo a tumor, nódulos linfáticos y metástasis.

CK Enzima cardíaca creatin fosfoquinasa fracción MB, específica para lesión cardíaca.

6) Período de Carencia

Cualquier Enfermedad Grave diagnosticada dentro de los noventa días desde la fecha efectiva o desde la última fecha de rehabilitación o la fecha de incremento de suma asegurada de este Seguro Colectivo de Enfermedades Graves, será excluida del pago de la indemnización (si se tratare de incremento de suma asegurada, la disposición anterior afecta únicamente a la parte correspondiente al incremento de suma asegurada). En ambos casos la Compañía reembolsará las primas recibidas para este Seguro, con la cancelación de la cobertura misma de la persona específica en esta situación.

7) Exclusiones y Limitaciones

No se pagará suma asegurada alguna bajo este Seguro si la condición de la Enfermedad Grave pertinente se origina directa o indirectamente por:

- Cualesquiera anomalías congénitas y condiciones pre-existentes, cualquier enfermedad ocupacional excepto la(s) que fue(ron) revelada(s) a la Compañía en el momento de su ingreso al grupo asegurado previa aceptación y confirmación de estos riesgos por parte de la Compañía.

- El rechazo a someterse a tratamiento médico prescrito o indicado anteriormente, abuso de alcohol o droga o cualquier otro abuso o adicción a alguna sustancia tóxica, exponerse voluntariamente al peligro estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.

- La presencia de alguna infección por VIH o alguna variación del virus VIH o infección por VPH o VHH o enfermedades venéreas o sus secuelas, cualquier tratamiento o exámenes relacionados con el SIDA. La infección se considerará un hecho si los exámenes de sangre indican la presencia de algunos de los virus antes mencionados o sus anticuerpos.

- Lesión auto infligida mientras esté o no en su sano juicio, intento de suicidio, exposición intencional al peligro esté o no mentalmente sano.

- Un acto malicioso del asegurado o de su(s) beneficiario(s). En este último caso, solamente el o los beneficiarios que hayan causado la enfermedad grave perderán sus derechos

- Aparecimiento de lesiones o enfermedad por competencias de cualquier clase, submarinismo, saltar de puentes o acantilados, vuelos aéreos (incluyendo aerodelismo, vuelo en globo, paracaidismo y vuelo libre), otros que como miembro de una tripulación o cualquier actividad peligrosa o deportes a menos que se haya previsto un acuerdo especial de responsabilidad anticipadamente.



- Cualquier violación o intento de violación a la ley o resistencia al arresto.

- Consecuencias directas o indirectas de una guerra o de cualquier conflicto armado, invasión, acto de hostilidad enemiga extranjera (incluso si fuera una guerra declarada o no declarada), guerra civil, rebelión, insurrección, poder usurpado militarmente, participación directa en manifestaciones violentas, barricadas, etc., golpe o conmoción civil.

- Comprometer la vida al tomar parte en cualquier operación naval, militar o de fuerza aérea.

- Conducir bajo los efectos del alcohol o sin licencia.

8) Fecha de Ocurrencia de una Enfermedad Grave

Es la fecha en la cual ha sido diagnosticada la enfermedad, como resultado de la documentación médica adjunta al formulario de reclamo.

9) Pago de Prima

La prima para este Seguro Colectivo es pagadera conforme a lo establecido en la carátula de la póliza con la condición de que el asegurado esté vivo y no haya sido afectado por una de las enfermedades cubiertas.

Al momento de la ocurrencia de la Enfermedad Grave, el Asegurado suspenderá el pago de las primas que venzan en fecha posterior a la fecha de la notificación del reclamo, manteniendo vigente la cobertura del Seguro. Si la Compañía reconoce el derecho de indemnización por la Enfermedad Grave, la obligación del pago de primas vencidas después del acaecimiento de la enfermedad cesa definitivamente para este Seguro y la Compañía reembolsará las cuotas de primas pagadas después de la notificación del reclamo, de haber algunas.

Si, al contrario, la Enfermedad Grave diagnosticada no está reconocida para calificar a una indemnización, el Contratante de la Póliza está obligado, dentro de los treinta (30) días del recibo de la comunicación, a pagar las primas adeudadas vencidas después del diagnóstico de la enfermedad, incrementada por los intereses por mora a razón del 6% anual a interés compuesto.

10) Notificación de Reclamo

Al momento de la ocurrencia de cualesquiera de las Enfermedades Graves indicadas en la Cláusula 4, el Contratante, el Asegurado u otra persona actuando en su favor deberá notificarlo a la Compañía mediante nota con acuse de recibo dirigida a la Oficina Principal de la misma en la ciudad de Guatemala, dentro de los sesenta (60) días de la fecha del diagnóstico, acompañada del certificado médico y documentación que soporte el diagnóstico.

11) Obligaciones del Contratante y del Asegurado

En caso de Enfermedad Grave que origine un reclamo y a solicitud de la Compañía, el asegurado deberá obligarse a:

- Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por la Compañía de manera que pueda comprobarse el derecho a indemnización con respecto a la Enfermedad Grave, y
- Suministrar cualquier documentación adicional que la Compañía pueda requerir para su comprobación.

La Compañía se reserva el derecho total e incondicional de comprobar la condición de salud del Asegurado mediante los exámenes practicados por los médicos que tenga a bien designar.

12) Comprobación y Conciliación de Indemnizaciones

La Compañía se obliga a comprobar el derecho a indemnización y a liquidar la suma asegurada dentro de los treinta (30) días de haber recibido la documentación requerida de acuerdo a las Cláusulas 10 y 11.

La muerte del Asegurado, causada por la misma Enfermedad Grave indicada en la notificación de reclamo, que ocurra antes de que la Compañía haya comprobado el derecho a indemnización por dicha Enfermedad Grave, será equivalente a la aceptación de dicho derecho de indemnización e implicará liquidar a los beneficiarios designados, el Seguro Colectivo de Enfermedades Graves, excepto en el caso contemplado en la Cláusula 13.

Si el Asegurado muriera, antes que la Compañía haya comprobado el derecho a indemnización, debido a otra causa que no sea la Enfermedad Grave declarada en la notificación de reclamo, no se reconocerá el pago bajo el Seguro de Enfermedades Graves.

El pago de la suma asegurada del Seguro de Enfermedades Graves se hará una sola vez independientemente que el asegurado haya sufrido una o más de las enfermedades cubiertas. Una vez realizado el pago de la suma asegurada cesa la cobertura de este Seguro.

13) Período de Espera en caso de muerte después de la fecha de ocurrencia de la Enfermedad Grave

Si la muerte del Asegurado, causada por la misma Enfermedad Grave indicada en la notificación de reclamo, sucede dentro de los treinta (30) días siguientes al diagnóstico de la Enfermedad Grave, no se reconocerá el pago del Seguro de Enfermedades Graves.

14) Fecha de Expiración

El Certificado Individual del seguro expirará tan pronto como:

- El Asegurado haya sido dado de baja o excluido del grupo asegurado, de la cual forma parte; o
- Se cancele la Póliza, de la cual forma parte el Asegurado, o
- Al cumplirse la fecha de vigencia del certificado individual, o que el Asegurado cumpla 65 años de edad, lo que suceda primero; o



-Por haberse pagado este Seguro, a causa de una Enfermedad Grave cubierta; o

-Por terminación de este Seguro, a solicitud del Asegurado

15) Competencia

Cualquier diferencia que surja por la interpretación o aplicación de las cláusulas de esta Póliza deberá ser resuelta conciliatoriamente por las partes. Si ello no fuere posible, los tribunales de la Ciudad de Guatemala serán los únicos competentes para conocer esa controversia y, en consecuencia, el Asegurado renuncia al fuero de cualquier otro domicilio que pudiera corresponderle.

16) Validez del Contrato

Este contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en el Certificado Individual de Seguro, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición de este Seguro será válida, a menos que haya sido autorizada y refrendada por el apoderado de la Compañía.

17) Fecha Efectiva

La fecha de este Contrato será la fecha de inicio de vigencia de la Póliza a la cual se adhiere, o la fecha efectiva del Certificado Individual de Seguro.

18) Renovación de la Póliza

La póliza será renovada automáticamente cada año con la tarifa de la edad promedio alcanzada del grupo asegurado. Este proceso se garantiza para un máximo de tres años.

19) Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescriben en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

20) Indisputabilidad de la Póliza

Esta póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido su primer año de vigencia. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, la Indisputabilidad en cuando a dichos miembros será después de un año contado desde la fecha en que respectivamente quedaron asegurados. Como excepción, en todo momento serán disputables los seguros de cada miembro del grupo, por inexactitud en la declaración de la edad.

21) Altas de Asegurados

Las personas que llenan los requisitos establecidos por La Compañía podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta póliza. Este derecho sólo se reserva a los que manifiesten su conocimiento dentro de los 30 días corridos siguientes de su ingreso o alta en la empresa o entidad Contratante, encontrándose éstos en servicio activo de la misma.

La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. El cargo por el incremento de suma asegurada de cada miembro asegurado, se determinará tomando en cuenta meses completos, a partir del primer día del mes siguiente al que causó alta.

22) Bajas de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado dejan de estar amparadas por la presente póliza desde el momento de dicha separación; quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado de Seguro emitido a su favor por la Compañía. En estos casos, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Compañía. El crédito por disminución de la suma asegurada por cada miembro asegurado que cause baja se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando La Compañía la prima correspondiente al mes durante el cual sucede la baja.

23) Estipulación Legal

La presente póliza estará sujeta a lo que establece el artículo 673 del Código de Comercio, que por mandato legal se transcribe a continuación:

“ARTÍCULO 673. Contratos mediante pólizas. 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 su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

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

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución No. 61-2009 de fecha 9 de febrero de 2009.