

V - COL - 9.5 - CLÁUSULA ADICIONAL – ANTICIPO DEL BENEFICIO POR ENFERMEDADES GRAVES – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada alguna Enfermedad Grave de las definidas a continuación, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual y una vez transcurrido el Plazo de Carencia que figura en Condiciones Particulares y en el Certificado Individual.

Las enfermedades cubiertas y sus definiciones, son las siguientes:

a) Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos normales, que afecte al asegurado por primera vez. El tumor debe ser primario en el órgano detectado y anterior a cualquier metástasis del mismo tumor.

El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida y confirmado por un informe anatomopatológico suscripto por especialista. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluyen:

- toda neoplasia intraepitelial cervical (toda etapa CIN)
- toda forma de tumor pre-maligno
- toda forma de cáncer no invasivo (carcinoma in situ)
- el cáncer de próstata en estadio 1 (T1a, 1b, 1c)
- el carcinoma basocelular y el carcinoma de células escamosas
- el melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0)
- todo tipo de tumor maligno en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

b) Infarto de Miocardio

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico típico,
2. Historia clínica que revele sintomatología de isquemia miocárdica
3. Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
4. Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Se excluyen:

- El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T
- Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- Infarto de miocardio silente

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas pertinentes de los daños producidos con un mínimo de 6 (seis) semanas posteriores al hecho y siempre que el Asegurado se encuentre con vida.

c) Apoplejía

Cualquier suceso cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolización proveniente de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos y por resultados de tomografía axial computada de cerebro o por resonancia magnética de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos 3 (tres) meses después de su diagnóstico.

Se excluyen:

- El Accidente Isquémico Transitorio (TIA)
- El Daño traumático del cerebro
- Los Infartos lacunares sin déficit neurológico
- Los Síntomas neurológicos secundarios a migraña.

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas neurológicas y de diagnóstico por imágenes de los daños producidos con un mínimo de 3 (tres) meses posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

d) Cirugía de Arterias Coronarias (By Pass)

La realización de cirugía a corazón abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterocoronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Se excluyen:

- la angioplastia
- todo otro procedimiento intra-arterial
- toda cirugía por toracotomía mínima

e) Insuficiencia Renal (Enfermedad Renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, cómo resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

f) Parálisis

Pérdida completa y permanente del uso y movimiento de por lo menos de miembros, brazos y/o piernas, debido a la parálisis. Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso y movimiento de los miembros es permanente

Para obtener por esta enfermedad el beneficio que acuerda la presente cláusula, la parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis. Por lo que el asegurado deberá continuar con el pago de las extraprimas correspondientes. Se requiere evidencia documentada de accidente o enfermedad que causó la parálisis.

g) Distrofia muscular

Enfermedad hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos. Un médico deberá realizar el diagnóstico, basado principalmente en los síntomas clínicos y en la historia genética del paciente (genético/historia familiar o estudio cromosómico). El informe de cualquiera biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí mismo el diagnóstico.

h) Esclerosis múltiple

Enfermedad marcada por la degeneración de tejido neuronal endurecido en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis parcial o completa, parestesias y/o neuritis óptica. Se caracteriza por episodios de exacerbación y remisión. El diagnóstico se fundamenta por la historia y los análisis físicos del fluido cerebro-espinal: un ataque prematuro o un episodio aislado de Esclerosis Múltiple no es Esclerosis Múltiple a los fines de esta cláusula. En ningún caso la compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de la vigencia de esta cláusula.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

Quedan expresamente excluidos de la presente cobertura adicional los diagnósticos del Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Enfermedades autoproducidas, o autolesión.
- b) Enfermedades acompañadas de una adicción al alcohol o a drogas.

Artículo 3º - Beneficios

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de la enfermedad grave, abonará al Asegurado el beneficio estipulado en el Certificado Individual, el cual estará definido como un porcentaje del Capital Asegurado por la Cobertura Básica de Fallecimiento. Dicho porcentaje no podrá ser superior al CIEN POR CIENTO (100%).

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de la enfermedad grave o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Una vez comprobada la enfermedad grave cubierta por esta cláusula, el capital asegurado de la Cobertura Básica no podrá incrementarse por ninguna causa, ni aún en caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo. Esta limitación no regirá en caso de aplicación de la Cláusula de Ajuste de los Capitales Asegurados bajo cualquiera de sus modalidades, en caso de haber sido contratada.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por esta cláusula constituye un anticipo de la indemnización que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado. Por lo tanto, resulta en un beneficio substitutivo del Capital Asegurado (por la porción de este que el beneficio represente) que deberá liquidarse en caso de muerte del Asegurado o de invalidez o de la cláusula de Muerte y Pérdidas Parciales por Accidente, del asegurado en caso de haberse contratado algunas de estas coberturas. Una vez acordado este beneficio se reducirá el costo de las coberturas de Fallecimiento o invalidez o accidentes en la medida de la reducción de la Suma Asegurada correspondiente.

En consecuencia de producirse el fallecimiento o denunciarse la invalidez o pérdida parcial por accidente (de corresponder) del Asegurado, el capital asegurado previsto por esas coberturas sufrirá una disminución por el importe de la indemnización abonada. En igual proporción se reducirán las primas a pagar por las coberturas mencionadas desde la puesta a disposición del importe anticipado.

El beneficio previsto se pagará una sola vez, aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

Artículo 5º - Comprobación de la Enfermedad Grave

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad grave, conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5º no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad grave, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de la enfermedad. Confirmada la enfermedad grave, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

**V - COL - 9.5 - CLÁUSULA ADICIONAL – ANTICIPO DEL BENEFICIO
POR ENFERMEDADES GRAVES – BENEFICIO COMPLEMENTARIO**

**ANEXO I
RIESGOS NO CUBIERTOS**

Quedan expresamente excluidos de la presente cobertura adicional los diagnósticos del Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Enfermedades autoproducidas, o autolesión.
- b) Enfermedades acompañadas de una adicción al alcohol o a drogas.