

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ANEXO ENFERMEDADES GRAVES

PÓLIZA No.:
CONTRATANTE:
ASEGURADO:
VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, la Póliza de Seguro Colectivo de Vida, a la cual accede este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con pago de prima adicional, y como suma asegurada adicional a la cobertura principal de esta póliza queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA
AMPARO BÁSICO

La Compañía pagará al Asegurado, al ser diagnosticado por primera vez y durante la vigencia de este Anexo, por una de las "ENFERMEDADES GRAVES", más adelante detalladas como suma asegurada única o sumas periódicas aseguradas, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1. El asegurado sufre, imprevistamente, alguna de las Enfermedades Graves que figuren como aseguradas en el "cuadro de coberturas", expresadas en las condiciones particulares del presente anexo y de acuerdo con las definiciones, descritas más adelante.
2. Sea la primera vez que el Asegurado sufre alguna o algunas de tales enfermedades graves.
3. La presente póliza haya estado en vigor por un periodo no menor al indicado en el "cuadro de coberturas", como periodo de espera.
4. No sea aplicable ninguna de las exclusiones de la presente póliza.

Si, en caso de alguna reclamación, se cumplieren todos estos requisitos menos el previsto en el número (3), en tal caso, la Compañía devolverá al solicitante o asegurado principal todas las primas pagadas por esta póliza y no será responsable por el pago de ninguna indemnización amparada por la presente.

CONDICIÓN SEGUNDA
EXCLUSIONES

La Compañía, no efectuará pago alguno cuando las enfermedades graves, definidas más adelante del presente Anexo, provengan de o sean consecuencia directa o indirecta, de alguno de los siguientes eventos:

1. Guerra, invasión, acto enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), guerra civil, motín, conmoción civil, asonada, sedición o rebelión.
2. Infección oportunista y/o neoplasmas malignos, si, en el momento del accidente o de la enfermedad, el asegurado tenía síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o un examen positivo de VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Infección oportunista incluye, pero no está limitada a, neumosystis carinii, neumonía, organismo del sarcoma kaposi, linfoma del sistema nervioso central y / o otra malignidad conocida como causa de muerte ante la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

3. Drogadicción o intoxicación por drogas o licor.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo Enfermedades Graves el número de registro SCVS-1-2-CA-78-22004420-21082020

4. Comienzo de la enfermedad grave con anterioridad al principio de la vigencia de la presente póliza o dentro del "periodo de espera" estipulado en el "Cuadro de Coberturas.
5. Lesión intencionalmente infringida a si mismo, suicidio o cualquier intento de suicidio, este o no el asegurado en su sano juicio.
6. Condiciones preexistentes, entendiéndose por tales, cualquier enfermedad o lesión diagnosticada o sometida a tratamiento, cuidado o cirugía, por un médico, con anterioridad a la fecha de iniciación de la presente Póliza.
7. Incidente crítico de la salud, lesión o enfermedad, diferente a los definidos en la condición 3. de la presente póliza como "enfermedades graves".
8. Muerte e incapacidad parcial o total, que sea consecuencia o resultado de algún accidente sufrido por el asegurado, según la definición de "accidente" contenida en la "condición 3. Definiciones" de la presente Póliza.
9. Diagnóstico de alguna enfermedad grave amparada, efectuado por alguna persona de la familia del asegurado o que resida en la misma casa del asegurado, sea o no médico profesional en alguna rama relacionada con la salud.
10. Diagnóstico efectuado por hierbateros o hierbistas, acupunturistas u otros no tradicionales prestadores de servicios de salud no especificados en esta Póliza.
11. Diagnóstico efectuado dentro del periodo estipulado en el "cuadro de Cobertura" del presente Anexo como "periodo de espera" para entrar en efectividad el seguro, para cada asegurado desde la fecha de su ingreso a la Póliza.

**CONDICIÓN TERCERA
ENFERMEDADES GRAVES**

Enfermedades Graves, donde quiera que se use en este Anexo, significa el diagnóstico positivo de alguna de las siguientes enfermedades o inhabilidades:

CÁNCER. - Presencia de un tumor maligno caracterizado por un crecimiento incontrolable y por el esparcimiento de células malignas invasoras de tejidos, incluyendo la leucemia (diferente a la leucemia crónica linfática), pero excluyendo el cáncer en situ no invasivo, tumores debidos a la presencia de algunos virus de inmunodeficiencia humana y el cáncer de la piel diferente al melanoma maligno.

El diagnóstico clínico deberá basarse en el resultado positivo de un examen de patología practicado por un laboratorio especializado en esta materia, el cual deberá ponerse a disposición de la compañía.

CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA. - Intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias por medio de un by-pass o fuente coronaria, recomendada por un médico con especialidad en esta clase de enfermedad, que debe manifestarse en la necesidad evidente de corregir una estenosis o oclusión en las arterias coronarias, según el resultado de una angiografía coronaria. La angiografía coronaria y el resultado de la misma, junto con el informe médico deberán ponerse a disposición de la Compañía.

DISTROFIA MUSCULAR. - enfermedad hereditaria caracterizada por un progreso debilitamiento muscular.

El diagnóstico debe ser efectuado por un médico con licencia legal vigente y especializado en esta clase de enfermedad, a base principalmente de los síntomas clínicos y en árbol genealógico del paciente (historia genética familiar o estudio de cromosomas).

Copia del resultado de una biopsia muscular o de una electromiografía sirven de gran ayuda, pero por si solas no pueden constituir un diagnóstico.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE. - Síntomas inequívocos de anormalidades

neurológicas, mínimas o moderadas, que causen deterioro de las funciones, pero no necesariamente confinan al asegurado a una silla de ruedas, confirmados por un médico con especialización en neurología, mediante la historia clínica y el examen físico del paciente.

Esta enfermedad debe presentar partes del tejido endurecido en el cerebro o en la medula espinal y/o neuritis óptica. Además, debe caracterizarse por episodios de exacerbación y debilidad.

El diagnóstico debe basarse en un examen físico, en la historia clínica y en el análisis del fluido cerebro-espinal; un principio de ataque o episodio simple de esclerosis múltiple no es considerado como esclerosis múltiple para efecto de la presente póliza. En ningún caso la Compañía pagará indemnización alguna si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de comienzo de la presente póliza.

INFARTO DEL MIOCARDIO. - Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico definitivo deberá basarse en:

- a. Historial de dolores torácicos típicos.
- b. Alteraciones recientes en electrocardiogramas.
- c. Elevación de las enzimas cardíacas.
- d. Estudio de radioisótopos del músculo del corazón.

INCIDENTE CEREBRO VASCULAR. - Incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas que se manifiesten o duren por más de veinticuatro (24) horas.

Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente.

INSUFICIENCIA RENAL. - Fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar regularmente diálisis renal o trasplante de riñón. La necesidad de diálisis regular, deberá estar certificada por informe nefrológico.

PARÁLISIS. - Pérdida funcional (de uso), completa y permanente de dos o más miembros o piernas como consecuencia de parálisis.

El diagnóstico y la determinación de la pérdida funcional (uso) permanente, debe ser certificado por un médico y, haberse presentado, en forma continua y permanente, durante los doce (12) meses siguientes a la fecha en la que se presento inicialmente la parálisis.

El asegurado deberá presentar pruebas fehacientes de la causa y/o causas de la parálisis.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES. - Trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñones o medula espinal. El diagnóstico y la recomendación del trasplante deberán ser efectuados por dos (2) médicos con especialización en esta materia, uno (1) de los cuales deberá ser designada por la compañía.

CONDICIÓN CUARTA DEFINICIONES

Aplican las siguientes:

ACCIDENTE. - Suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del asegurado, causado por medios externos, que afecten el organismo del asegurado.

ASEGURADOS. - Las personas para quienes la prima haya sido debidamente pagada y cuyas solicitudes de seguro fueron aprobadas, por la compañía.

ASEGURADO PRINCIPAL. - En pólizas colectivas, es aquella persona que esta vinculada al contratante mediante relaciones estables de igual naturaleza, cuyo vínculo no se haya originado en la voluntad de obtener la prestación del seguro y figure como tal en los registros del contratante.

BENEFICIARIO. - El propio asegurado, o en caso de muerte de este la persona natural o jurídica nombrada como tal en el cuadro de declaraciones.

CONDICIÓN PREEXISTENTE. - Cualquier enfermedad o lesión cuyo cuidado o curación, el asegurado recibió atención, tratamiento o consejo de parte de un médico o se hizo manifiesta o se contrajo antes de la fecha de iniciación de la vigencia de esta póliza.

DEPENDIENTE. - Es aquella persona que depende económicamente del asegurado principal y por lo tanto es elegible para el seguro otorgado por esta póliza.

ELEGIBILIDAD: El derecho que tiene un miembro de una familia del asegurado principal o las personas vinculadas al contratante para gozar de los beneficios otorgados por la póliza, siempre y cuando haya solicitado su inclusión a la misma y esta haya sido aprobada por la compañía.

FAMILIA. - Los hijos elegibles, el cónyuge y el asegurado principal.

GASTOS RAZONABLE Y NECESARIOS.
- Erogación que:

- a. Es cobrada por el tratamiento, materiales, droga y servicios médicos necesarios para la recuperación de un paciente.
- b. No exceda el nivel habitual de precio por tales conceptos en el lugar donde tal erogación sea efectuada y
- c. No incluye gastos en los que no se hubiere incurrido de no existir el amparo de la presente póliza.

HIJOS ELEGIBLES: Todos los hijos del asegurado principal de 16 hasta 18 años de edad (hasta 23 años si asiste a un instituto de aprendizaje especial), que estén solteros y vivan permanentemente con el asegurado principal.

HOSPITAL. - Establecimiento que:

- a. Tenga licencia legal válida.
- b. Se desempeñe en el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
- c. Tenga servicio médico disponible a toda hora con profesionales en la medicina legalmente titulados,

- d. Tenga servicios de enfermería, durante las veinticuatro (24) horas del día, con por lo menos una enfermera titulada.
- e. Tenga facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía.
- f. No sea casa de reposo, ancianato, casa de convalecencia o institución similar

MÉDICO. - Doctorado en medicina general o en alguna de sus especialidades, con licencia legal vigente para ejercer su profesión. el medico que atienda al asegurado no puede ser:

- a. Algún asegurado
- b. El cónyuge del asegurado
- c. Una persona o pariente del cónyuge como: hijo, padre o
- d. Hermano (a), medio hermano (a).

S.I.D.A.. - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tiene los significados dados a ella por la organización mundial de la salud, incluyendo VIH virus de inmunodeficiencia humana), encefalopatía (demencia), VIH síndrome de agotamiento (Wasting) y CRS (condiciones relacionada con el SIDA).

TRATAMIENTO AMBULATORIO. - Tratamiento médico que se practica bien en un hospital o en un consultorio médico para el cual no es necesaria la hospitalización de la persona por más de veinticuatro (24) horas.

CONDICIÓN QUINTA BENEFICIO

La suma que la Compañía pagará por concepto del presente Anexo, será la que figure en su respectivo "cuadro de coberturas", bien como "suma asegurada única" o como "sumas periódicas aseguradas", según la opción que de estas haya elegido el asegurado, así:

1. SUMA ASEGURADA ÚNICA:

Confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades graves amparadas, la Compañía pagará la suma estipulada para este concepto en el "cuadro de coberturas", .

La Compañía solo pagará una “suma asegurada única”, durante la vida del asegurado, independientemente del número de enfermedades graves amparadas que el asegurado llegare a sufrir.

2. SUMAS PERIÓDICAS ASEGURADAS.

Después de confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades graves amparadas, la Compañía pagará al asegurado trimestralmente las sumas estipuladas en el “cuadro de coberturas”, , a la terminación de cada uno de los periodos de tres meses inmediatamente siguientes a la fecha de diagnóstico, hasta por el número máximo de trimestres consecutivos anotado también en el mencionado “cuadro”.

CONDICIÓN SEXTA MUERTE REPENTINA O SÚBITA

La compañía pagará, a los beneficiarios designados, la suma asegurada por este concepto en el “cuadro de coberturas”, , si el asegurado fallece dentro del número de días siguientes al diagnóstico de alguna de las “Enfermedades Graves” amparadas, estipulado en el “cuadro de coberturas”, , como “periodo de supervivencia”.

ACLARACIÓN. - después del pago, por parte de la Compañía, de la totalidad de la suma asegurada al asegurado, o a los beneficiarios designados, como consecuencia de cualquier reclamación amparada cesará toda obligación de pago por parte de la Compañía, respecto con la misma persona asegurada.

CONDICIÓN SÉPTIMA PERIODO DE ESPERA

El presente Anexo ampara solo a las Enfermedades Graves antes definidas cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez, por un médico y confirmadas con evidencias clínicas aceptables, radiologías, histológicas y de laboratorio, solo, cuando

ya haya transcurrido, desde la iniciación de la primera vigencia del presente Anexo, el tiempo establecido como periodo de espera o Carencia en el “cuadro de coberturas”, de la misma.

CONDICIÓN OCTAVA ESTADO DEL RIESGO

La presente Póliza tiene como base las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud de seguro, la cual se agrega al presente Anexo como parte integrante; de tal virtud.

El solicitante del seguro esta obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o falsedad acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por la Compañía, lo hubieren hecho desistir de la celebración del contrato, o inducidos a estipular condiciones mas gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción al cuestionario determinado, los vicios enumerados en el inciso anterior producen el mismo efecto, siempre que el solicitante encubra culpablemente circunstancias que agraven objetivamente la peligrosidad del riesgo.

La nulidad de que trata este artículo se entiende saneada por el conocimiento, de parte de la Compañía, de las circunstancias cubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las aceptare expresamente.

CONDICION NOVENA AVISO DE SINIESTRO

El solicitante o el Asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, a la Compañía o a su representante legal, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse, pero no reducirse, por acuerdo de las partes.

CONDICIÓN DÉCIMA

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo Enfermedades Graves el número de registro SCVS-1-2-CA-78-22004420-21082020

DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía, a sus expensas, tendrá el derecho de examinar al asegurado que presente una reclamación amparada por la presente Póliza, las veces que considere necesario.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

La Compañía, tiene la obligación de pagar la indemnización debida al asegurado o beneficiario, una vez producido el siniestro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a aquel en que fue notificada por escrito la correspondiente reclamación, aparejada de los documentos que prueben la ocurrencia del riesgo y la cuantía de la pérdida.

Para tal efecto, la enfermedad grave deberá ser legalmente confirmada por un médico y diagnosticada positivamente por un patólogo, cuando así lo considere la Compañía; el médico deberá basar su diagnóstico, exclusivamente, en alguna de las definiciones de las enfermedades graves, contenidas en la condición definiciones, del presente Anexo, después del estudio histológico y clínico del paciente a base de la historia clínica del mismo, exámenes físicos y otros exámenes de laboratorio.

La Compañía deducirá del monto a liquidar cualquier suma que se le adeude por esta Póliza así como también el monto de las primas aún no vencidas y pendientes de pago hasta

Los pagos de dichas indemnizaciones deberán hacerlo mediante transferencias, medios de pago electrónicos y mecanismos

avalados por las autoridades en materia de seguros.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar alguna cobertura del seguro contenido en el presente Anexo.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

La suma máxima que la Compañía pagará por una, varias o todas las reclamaciones amparadas por la presente póliza no excederá la suma total asegurada estipulada para cada asegurado en el "Cuadro de Coberturas".

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

- (a) Formulario de reclamación, debidamente llenado.
- (b) Certificado del centro hospitalario con la fecha de ingreso, salida y diagnóstico.
- (c) Copia de historia clínica.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y fecha:

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo Enfermedades Graves el número de registro SCVS-1-2-CA-78-22004420-21082020

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo Enfermedades Graves el número de registro SCVS-1-2-CA-78-22004420-21082020