

SEGUROS



Condiciones Generales

Seguro de Enfermedades Graves

Seguros Suramericana, S.A.

CONDICIONES GENERALES

1. CLÁUSULA DE CONTRATO

Seguros Suramericana, S.A. (en adelante llamada LA COMPAÑÍA) expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales estipuladas a continuación, y las Condiciones Particulares del Contratante, teniendo presente las últimas sobre las primeras, basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro, firmada en su tiempo por el Contratante y/o el Asegurado

Esta póliza y la solicitud, copia de la cual se anexa a la presente y forma parte de la misma, los exámenes médicos y documentos adicionales que sirvieron de base para su emisión, junto con cualesquiera Seguros Complementarios y modificaciones solicitadas, que se le anexen y formen parte de la misma, constituyen el Contrato completo de seguro entre las partes interesadas.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta (30) días calendario que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se consideran aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones.

Esta póliza no será efectiva hasta que haya sido entregada al Contratante, estando EL ASEGURADO vivo y la primera prima haya sido pagada a LA COMPAÑÍA.

2. CLÁUSULA DE DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza, los términos que seguidamente aparecen, tendrán el significado indicado:

DIAGNÓSTICO: Es el diagnóstico inequívoco de un Médico confirmado por otro Médico, de la existencia de una Enfermedades Graves.

ENFERMEDAD: Se entiende por enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas estructurales y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por EL ASEGURADO.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado este contrato de seguros y que no haya sido declarada por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, al momento de completar el formulario de solicitud de la póliza.

INFORME CLÍNICO: Es el diagnóstico basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y/o exámenes de laboratorios.

MÉDICO: Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente. El término "MÉDICO" no incluye a dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por las autoridades del país donde ejerza su profesión.

No son aceptables para efectos de esta Póliza los Diagnósticos emitidos en las siguientes situaciones:

- Si el Médico que emite el Diagnóstico es el propio de EL ASEGURADO.
- Si el Médico que emite el Diagnóstico es familiar de EL ASEGURADO hasta segundo grado de consanguinidad y tercero de afinidad.

MÉDICO ESPECIALISTA: Médico que practica alguna o algunas ramas de la medicina, debidamente acreditado para ejercer dicha especialidad.

RIESGO: Es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad de EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO en caso de muerte, y cuya materialización da origen a la obligación de LA COMPAÑÍA.

3. CLÁUSULA DE RIESGO CUBIERTO

La Compañía pagará a EL ASEGURADO la suma asegurada contratada, si dentro del plazo de vigencia del seguro llegare a padecer cualquiera de las enfermedades citadas a continuación:

- Cáncer
- Cirugía de derivación de arterias coronarias (Bypass)
- Infarto
- Cirugía válvula cardíaca
- Cirugía de la aorta
- Ceguera
- Insuficiencia renal
- Trasplante de órgano principal
- Accidente cerebrovascular
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Parálisis

4. CLÁUSULA DE COBERTURAS

Se entenderá por Enfermedades Graves a los efectos de la presente Póliza única y exclusivamente, alguna de las siguientes enfermedades:

A. CÁNCER

Se define como Cáncer un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas con invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico debe sustentarse en evidencia histológica y confirmación por parte de un patólogo. El término cáncer incluye leucemia, linfoma y sarcoma.

Se excluyen:

- **Tumores que muestren cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no invasivos, incluyendo, pero no limitado a: Carcinoma in situ de seno, displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3.**
- **Cualquier cáncer de piel distinto a melanoma maligno invasivo.**
- **Todos los tumores de próstata salvo que hayan sido histológicamente clasificados con un puntaje Gleason mayor a 6 o que hayan progresado a una clasificación clínica TNM de al menos T2N0M0.**
- **Micro carcinoma papilar tiroideo con un diámetro menor a 1 cm.**
- **Leucemia linfocítica crónica menor etapa RAI 3.**
- **Micro carcinoma de vejiga.**
- **Todos los tumores en presencia de infección por VIH.**

B. CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS):

Consiste en Someterse a una cirugía con toracotomía abierta para la corrección de una o más arterias coronarias, la(s) cual(es) se ha(n) angostado o está(n) bloqueada(s), mediante injerto de derivación de arterias coronarias (CABG, por sus siglas en inglés). El diagnóstico debe sustentarse en una angiografía coronaria y un médico especialista debe confirmar la realización de la cirugía.

Se excluyen:

- **Angioplastia y/o cualquier otro procedimiento intra arterial**
- **Cualquier cirugía laparoscópica o cirugía láser**

C. INFARTO:

La primera ocurrencia de infarto de miocardio que significa la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado del suministro inadecuado de sangre a la respectiva zona. El diagnóstico debe contar con evidencia de:

- 1) antecedentes de síntomas clínicos típicos consistentes con el diagnóstico de infarto de miocardio agudo (por ejemplo, dolor torácico típico)
- 2) nuevos cambios característicos en el electrocardiograma
- 3) elevación de enzimas específicas de infarto, troponinas o de cualesquier otros marcadores bioquímicos específicos.

Se excluyen:

- **Infarto de miocardio con elevación del segmento no-ST (NSTEMI por sus siglas en inglés) con elevación de troponina I o T;**
- **Otros síndromes coronarios agudos;**
- **Cualquier tipo de agina de pecho.**

D. CIRUGÍA VÁLVULA CARDÍACA:

Consiste en someterse a una cirugía de válvula cardíaca a corazón abierto para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de defectos en, anomalía de, o enfermedad que afecta la(s) válvula(s) cardíaca(s). El diagnóstico de la anomalía de la válvula debe sustentarse en una ecocardiografía y un médico especialista debe confirmar la realización de la cirugía.

Están excluidas las técnicas basadas en catéter incluyendo, pero no limitadas a valvulotomía / valvuloplastia.

E. CIRUGÍA DE LA AORTA:

Se define como cirugía mayor para reparar o corregir aneurisma, angostamiento, obstrucción o disección de la aorta mediante apertura quirúrgica del tórax o el abdomen. Para los efectos de esta definición, aorta significará la aorta torácica y abdominal pero no sus ramas.

Se excluye cirugía realizada utilizando sólo técnicas mínimamente invasivas o intracraneal.

F. CEGUERA

Pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos a consecuencia de enfermedad o accidente. Un oftalmólogo debe confirmar la ceguera.

G. INSUFICIENCIA RENAL

Enfermedad renal terminal que se presenta como insuficiencia crónica irreversible de la función de ambos riñones, que tiene como resultado se practique diálisis renal regular (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o se realice un trasplante renal. Un médico especialista debe confirmar el diagnóstico.

H. TRASPLANTE DE ÓRGANO PRINCIPAL

El que se realiza a EL ASEGURADO como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes:

- 1) Órganos humanos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, a consecuencia de insuficiencia terminal irreversible del respectivo órgano; o
- 2) Médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas. Un médico especialista debe confirmar la realización de un trasplante.

Se excluyen:

- **Otros trasplantes de células madre**
- **Cuando sólo se trasplantan islotes de Langerhans.**

I. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:

Se define como cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes. Este incluye infarto del tejido cerebral, trombosis en vaso intracraneal, hemorragia o embolización de una fuente extracraneal. Un médico especialista debe confirmar el diagnóstico y contar con evidencia de síntomas clínicos típicos y hallazgos típicos en exploración de tomografía computarizada(TC) o resonancia magnética (RM) del cerebro. Debe existir déficit neurológico permanente que dure al menos 3 meses.

Se excluyen:

- **Ataques isquémicos transitorios (AIT)**
- **Lesión cerebral traumática**
- **Enfermedad vascular que afecte solo el ojo o el nervio óptico o las funciones vestibulares.**

J. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Se define como la presencia definitiva de anormalidades neurológicas persistentes. El diagnóstico debe sustentarse mediante:

- 1) Investigaciones incluyendo resonancia magnética (RM) y hallazgos en líquido cerebroespinal (LCE) que inequívocamente confirman el diagnóstico de esclerosis múltiple;
- 2) Debe existir deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, el cual debe haber persistido por un periodo continuo de al menos 6 meses, e iii. historia clínica bien documentada de agudizaciones y remisiones de dichos síntomas o déficits neurológicos con mínimo dos episodios clínicos documentados con al menos un mes de diferencia;

Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico (LES) y VIH.

K. ENFERMEDAD DE PARKINSON:

Enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, lentamente, por pérdida de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra. El diagnóstico inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo. Para los fines de la cobertura estará condicionada a que:

- 1) No puede ser controlada con medicación;
- 2) Muestra signos de deterioro progresivo; e
- 3) Incapacidad para realizar por lo menos tres (3) actividades de la vida diaria, según definición de la póliza, ya sea con o sin el uso de equipos mecánicos, dispositivos especiales u otras ayudas o adaptaciones en el uso de las personas con discapacidad.

Sólo la enfermedad de Parkinson idiopática está cubierta.

Se excluyen enfermedad de Parkinson inducida y causas toxicas de enfermedad de Parkinson.

L. PARÁLISIS:

Pérdida total e irreversible del uso de dos o más miembros como resultado de lesión o enfermedad cerebral o de la médula espinal. Un médico especialista debe ser de la opinión que la parálisis será permanente sin esperanza de recuperación y debe estar presente durante más de 3 meses.

5. CLÁUSULA DE DISPUTABILIDAD

Para los efectos de esta cláusula, se entiende por disputabilidad el derecho que tiene LA COMPAÑÍA de impugnar judicialmente la validez del contrato de seguro por razón de declaración falsa, inexacta de información relevante al riesgo por parte de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO, aun cuando haya sido hecha de buena fe, que hubiere podido influir o modificar las condiciones del seguro, si LA COMPAÑÍA hubiese tenido conocimiento de ellas.

Esta póliza será disputable por LA COMPAÑÍA durante un periodo de dieciocho (18) meses contados a partir de su fecha de emisión.

Queda claramente entendido entre las partes que en caso de que LA COMPAÑÍA advierta que EL ASEGURADO o contratante ha incurrido en cualquiera de las acciones indicadas en la presente cláusula, durante el período antes señalado, dará lugar a LA COMPAÑÍA a interponer las acciones legales correspondientes para que se declare la nulidad de la póliza.

LA COMPAÑÍA contará con un plazo de un (1) año contado a partir de la fecha en que tenga conocimiento de la situación, para hacer efectivo su derecho.

El derecho de LA COMPAÑÍA de disputar la póliza se mantendrá vigente por igual periodo cada vez que se rehabilite esta póliza, o a partir de la vigencia de cualquier aumento de la suma asegurada, en lo que respecta a la suma aumentada.

Se exceptúan de esta cláusula los Seguros Complementarios que otorguen prestaciones por incapacidad, accidente o de cualquiera otra naturaleza, los cuales siempre serán disputables.

Así mismo, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a solicitar la nulidad del contrato de seguros en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza si ha mediado dolo o mala fe por parte de EL ASEGURADO o CONTRATANTE, o de sus representantes en el suministro de la información relevante al riesgo, para lo cual LA COMPAÑÍA contará igualmente con un término de un (1) año contado a partir de la fecha en que tenga conocimiento de la situación, para interponer las respectivas acciones legales.

6. CLÁUSULA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

LA COMPAÑÍA asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que EL CONTRATANTE notifique su consentimiento a la proposición formulada por LA COMPAÑÍA o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por EL CONTRATANTE, según corresponda.

En todo caso, la vigencia de la póliza se establece por períodos anuales desde la fecha de efectividad y hasta la terminación de la vigencia anual correspondiente.

7. CLÁUSULA DE RENOVACIÓN

Salvo disposición en contrario establecida en las condiciones particulares, esta Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día de duración del período de 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 dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos de treinta (30) días calendarios de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

8. CLÁUSULA DE EDADES DE ADMISIÓN

Los límites de las edades de admisión para este seguro son de dieciocho (18) años como edad mínima y de setenta (70) años como edad máxima. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar cualquier solicitud de seguro que se le presente.

9. CLÁUSULA DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA

La Póliza terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1) Cuando EL ASEGURADO alcanzare la edad de setenta y un (71) años.
- 2) El pago de la indemnización única derivada de la cobertura de Enfermedades Graves, por cuanto el mismo produce la terminación inmediata de la Póliza.
- 3) Al fallecimiento de EL ASEGURADO.

10. CLÁUSULA DE PERIODO DE ESPERA Y SOBREVIVENCIA:

Se establece un periodo de espera si el ASEGURADO es diagnosticado o muere por enfermedad grave durante los primeros noventa (90) días calendarios posteriores a la fecha de emisión de la póliza. Este mismo tiempo aplica en caso de rehabilitación de EL ASEGURADO en la Póliza, en el cual de producirse una reclamación no hay derecho a la indemnización.

Si la enfermedad grave es diagnosticada dentro del periodo de espera arriba mencionado, LA COMPAÑÍA no se hará responsable ante la presentación de un reclamo y en consecuencia, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de las primas pagadas por el ASEGURADO, desde la emisión de la póliza.

LA COMPAÑÍA pagará el monto de la suma asegurada contratada, si EL ASEGURADO sobrevive a los treinta (30) días posteriores al diagnóstico de la enfermedad grave descritas en la Cláusula No. 4 de cobertura.

11. CLÁUSULA DE DERECHOS BAJO ESTA POLIZA

El ASEGURADO es el mismo Contratante de esta Póliza, a menos que en la solicitud y en las condiciones particulares se estipule de otra forma. Durante la vigencia de la póliza, el Contratante nombrado es propietario de todos los derechos contenidos en esta póliza, excepto los concedidos específicamente a otra persona.

Cualquier cambio de Contratante solamente será efectivo cuando sea aceptado y registrado por la Compañía a su satisfacción; y la compañía no será responsable por pagos realizados o acciones tomadas antes de la efectividad de dicho cambio.

12. CLÁUSULA DE BENEFICIARIOS

Será BENEFICIARIO de este seguro en primera instancia, EL ASEGURADO, que haya sido diagnosticado con alguna de las enfermedades graves descritas en las condiciones generales de la póliza. Sin embargo, EL CONTRATANTE o ASEGURADO tiene el derecho de designar en la Solicitud de Seguro a sus BENEFICIARIOS; en caso que el ASEGURADO fallezca antes de recibir el pago de la indemnización, si la designación se hace a favor de varios BENEFICIARIOS, la prestación convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, en partes iguales.

El BENEFICIARIO debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los BENEFICIARIOS. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida. En caso de inexactitud o error en el nombre de EL BENEFICIARIO que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás BENEFICIARIOS designados.

A falta de designación de BENEFICIARIOS o en caso de inexactitud o error en el nombre de EL BENEFICIARIO único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales de EL ASEGURADO.

A falta de designación de la proporción que corresponda a todos los BENEFICIARIOS o para alguno en particular, la prestación convenida se pagará en partes iguales, para el primer caso, o acrecerá para el resto de los BENEFICIARIOS, en el segundo caso.

Si la designación se hace a favor de los herederos de EL ASEGURADO, sin mayor especificación, se considerarán como BENEFICIARIOS aquellos que tengan la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento de EL ASEGURADO.

En caso de que algún BENEFICIARIO falleciere antes o simultáneamente con EL ASEGURADO, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás BENEFICIARIOS sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales de EL ASEGURADO. A los efectos del seguro, se presume que EL BENEFICIARIO de que se trate ha fallecido simultáneamente con EL ASEGURADO cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

En el caso de que los BENEFICIARIOS fueren los herederos de EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA queda autorizada por éste a pagar el monto del seguro a aquellos herederos que hubieren comprobado tal carácter durante los noventa (90) días subsiguientes a la muerte de EL ASEGURADO, considerando a éstos como sus BENEFICIARIOS, y quedando exenta de toda responsabilidad LA COMPAÑÍA para con los herederos que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios y comprobar su calidad de herederos.

El ASEGURADO tiene derecho en cualquier momento de cambiar de BENEFICIARIOS.

13. CLÁUSULA DE MODIFICACIONES

Las Condiciones Particulares consignadas en esta Póliza solo se pueden modificar previo acuerdo entre la Compañía y el Contratante, que se hará constar por escrito mediante en adenda a esta Póliza.

14. CLÁUSULA DE FECHA EFECTIVA

Es la fecha de inicio de todas las coberturas previstas en la póliza al momento de su contratación, la cual será indicada en la Condiciones Particulares.

15. CLÁUSULA DE PRIMAS

La forma de pago de las primas es anual. Sin embargo, la Compañía podrá convenir con EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO la forma de cancelación de la misma, a través de un pago único anual, o a través de pagos fraccionados, ya sean semestrales, trimestral o mensualmente.

Los montos y frecuencias de los pagos de las primas periódicas acordadas quedarán establecidos en la Condiciones Particulares de la Póliza.

Todas las primas serán pagadas directamente a la Compañía, antes de la fecha de vencimiento acordado con la Compañía.

Es responsabilidad de ELASEGURADO pagar sus primas a tiempo y notificar por escrito a la Compañía de Seguros, cualquier cambio de dirección, domicilio, correo, apartado o teléfono.

16. CLÁUSULA DE PERÍODO DE GRACIA DE PAGO

EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO tendrá un período de gracia de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento del plazo de pago establecido en las condiciones particulares, período en el que la póliza se mantendrá en vigor, aunque la prima no haya sido pagada. En caso de siniestro, la compañía pagará la indemnización que corresponda, deduciendo de la misma el importe de la prima no pagada. Una vez venza el período de gracia, la póliza entrará en un periodo de suspensión de cobertura hasta por sesenta (60) días.

17. CLÁUSULA SUSPENSIÓN DE COBERTURA

Cuando EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término estipulado en la Cláusula de Período de Gracia de Pago, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta (60) días.

La suspensión de la cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo o hasta que la póliza sea cancelada.

18. CLÁUSULA DE CANCELACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO

LA COMPAÑÍA notificará por escrito a ELASEGURADO (con copia a su corredor de seguros), la cancelación de la póliza por incumplimiento de cualesquiera de los pagos aquí acordados, a la última dirección física, postal o electrónica de ELASEGURADO que conste en el expediente de la Póliza. Dicha notificación se hará con quince (15) días hábiles de antelación a la fecha efectiva de cancelación de la póliza.

19. CLÁUSULA DE REINSTALACION DE SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada contratada en la Póliza se reinstalará automáticamente una sola vez, cuando haya sido reducida por el pago de indemnización efectuada por LA COMPAÑÍA durante la vigencia de la Póliza.

La reinstalación de la Suma Asegurada procederá:

- 1) Después del primer siniestro no se cancela la póliza.
- 2) Entre dos siniestros hay un tiempo de espera de 90 días
- 3) Cada enfermedad se cubre una sola vez

- 4) Para cada grupo se cubre únicamente un siniestro
- 5) Después de dos siniestros la cobertura termina automáticamente
- 6) No se pagan beneficios en los casos siguientes:
 - La segunda enfermedad se detecta o tiene síntomas durante los 90 días de espera.
 - EL ASEGURADO muere durante el periodo de sobrevivencia
 - En los casos de las exclusiones mencionadas

Agrupación para La Reinstalación

Grupo	Enfermedad	Categoría
1	Cáncer	Cáncer
2	Cirugía de derivación arterial coronaria (Bypass) Infarto Cirugía válvula Cirugía de la aorta	Beneficio cardiovascular
3	Ceguera Insuficiencia Renal Trasplante de órgano principal	Beneficio para órgano principal
4	Accidente Cerebrovascular Esclerosis múltiples Enfermedad de Parkinson Parálisis	Beneficio cerebro y sistema nervioso

20. CLÁUSULA DE REHABILITACION

Si esta póliza caducara por falta de pago de prima, podrá ser rehabilitada dentro de seis (6) meses siguientes a tal caducidad, mediante el pago de todas las primas vencidas y de cualquier saldo adeudado derivado de esta póliza con intereses del 8% anual, capitalizable anualmente. Para tramitar la rehabilitación, el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía y presentar nuevas pruebas de Asegurabilidad satisfactoria a LA COMPAÑÍA, y aceptadas por este mediante endoso.

Se establece un periodo de espera si el ASEGURADO es diagnosticado o muere por enfermedad grave durante los primeros noventa (90) días calendarios posteriores a la rehabilitación de la póliza de EL ASEGURADO, en el cual de producirse una reclamación no hay derecho a la indemnización.

21. CLÁUSULA DE EXCLUSIONES

No se indemnizará ningún beneficio Enfermedades Graves relacionado con cualquiera de las enfermedades relacionadas que directa o indirectamente surja de, como consecuencia de, o agravada por cualquiera de los siguientes:

- 1) Se excluirán enfermedades pre-existentes o relacionadas con una enfermedad pre-existente.
- 2) Existencia de cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS) y sus complicaciones relacionadas, o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA), o la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana(VIH).
- 3) Lesión auto infligida, suicidio, locura, inmoralidad, y participación deliberada de la vida asegurada (asegurado) en acto ilegal o criminal.
- 4) Consumo de drogas embriagantes / alcohol / solventes, uso de drogas excepto bajo la supervisión de un médico certificado.
- 5) Guerra – declarada o no, conmoción civil, violación de la ley, invasión, hostilidades (se haya o no declarado la guerra), rebelión, revolución, poder militar o usurpado o participación voluntaria en actos de violencia.
- 6) Aviación diferente a como pasajero pagando pasaje en una aeronave comercial autorizada.

- 7) Participación en cualquier acto de naturaleza criminal. Tratamiento de lesión o enfermedad causada por aficiones / actividades tales como cacería, montañismo, carreras de obstáculos a campo traviesa, deportes profesionales, carreras de cualquier tipo, buceo, deportes aéreos, actividades como ala delta, vuelo en globo, exposición deliberada a un peligro excepcional.
- 8) Contaminación radioactiva a causa de accidente nuclear.
- 9) No buscar o seguir consejo médico, la vida asegurada (asegurado) ha retrasado el tratamiento médico para así eludir el periodo de espera o demás condiciones y restricciones que apliquen a esta póliza.
- 10) Cualquier tratamiento de un donador para el remplazo de un órgano.
- 11) Cualquier enfermedad grave o sus signos o síntomas que hayan ocurrido dentro de 90 días de la emisión de la póliza o de su fecha de rehabilitación.
- 12) Enfermedad congénita del asegurado.

22. CLÁUSULA DE PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO o alguien en su nombre deberán notificarlo por escrito a LA COMPAÑÍA, a más tardar, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la fecha del Diagnóstico de la Enfermedad Grave.

El ASEGURADO deberá entregar a LA COMPAÑÍA dentro de los treinta (30) días continuos a partir de la notificación, la siguiente documentación:

- Formulario de Siniestro debidamente llenada y firmada por EL ASEGURADO o su Representante.
- Fotocopia de la cédula de identidad de EL ASEGURADO.
- Informe médico que indique el tipo de enfermedad y los exámenes de comprobación histopatológica.
- Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.
- Resultados de todos los exámenes practicados.

LA COMPAÑÍA podrá requerirle por escrito documentos adicionales a los mencionados, y EL ASEGURADO o su Representante están en la obligación de presentarlos. Así mismo, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de hacer examinar a EL ASEGURADO afectado, por un Médico designado por LA COMPAÑÍA y a su costo, facilitando a EL ASEGURADO o su Representante, según sea el caso, el reconocimiento que el Médico designado crea oportuno realizar.

23. CLÁUSULA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización prevista en la presente Póliza, deberá ser efectuada al ASEGURADO, luego de recibir diagnóstico de una Enfermedad Grave, toda la documentación de la reclamación con el último de los recaudos solicitados, salvo causa extraña no imputable a EL ASEGURADO. En caso que el ASEGURADO fallezca antes de recibir el pago de la indemnización correspondiente al pago único, que tenga lugar, corresponderá la indemnización a EL BENEFICIARIO/OS establecidos en la póliza o en su defecto a los herederos legales del ASEGURADO.

24. CLÁUSULA DE PRESCRIPCIÓN

Cumpliendo el plazo de un año después de la fecha del siniestro, la compañía quedará libre de la obligación de pago de la (s) pérdida (s) o daño (s) ocasionado (s) por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, a menos que esté en tramitación un arbitraje o una acción relacionada con la reclamación.

25. CLÁUSULA DE COMUNICACIONES

Cualquier aviso que deba enviar o realizar LA COMPAÑÍA, a EL Contratante y/o EL ASEGURADO, deberá realizarlo a la última dirección física, postal o electrónica que conste en la póliza.

Para todos los efectos de la presente Póliza, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO, está obligado a comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito su cambio de domicilio. A falta de ello, todas las comunicaciones dirigidas al último domicilio conocido por la Compañía surtirán pleno efecto.

Igualmente, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO se compromete a comunicar cualquier cambio de ocupación, actividad, pasatiempo o profesión dentro de los (18) dieciocho meses contados a partir de la fecha de emisión o rehabilitación de la póliza.

26. CLÁUSULA DE JURISDICCION

Se conviene que la presente póliza se regirá e interpretará de conformidad con la ley panameña y que los tribunales de la Ciudad de Panamá serán los únicos competentes, y que, para el efecto, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO, BENEFICIARIO y CESIONARIOS renuncian expresamente el fuero de sus domicilios.

Seguros Suramericana, S.A.