

SEGURO INDIVIDUAL DE CIRUGÍAS CONDICIONES GENERALES

Objeto

Seguros El Roble, S.A. en adelante denominado “La Compañía”, conviene con el Asegurado Titular otorgar la cobertura e indemnizar la misma, de acuerdo con estas Condiciones Generales y la legislación vigente en materia de seguros.

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.

I. DEFINICIONES.

Accidente

Toda alteración de la salud resultado de un acontecimiento imprevisto que, ocurrido por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, es decir, ajena a la voluntad del asegurado o de un tercero, le ocasiona lesiones o daños corporales al asegurado.

Anexo

Documento emitido por La Compañía que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato de seguro y forma parte de éste. Dicho anexo debe estar firmado por el representante legal de La Compañía.

Asegurado Titular

Persona que ha quedado amparada bajo este contrato de seguro a quien La Compañía pagará la indemnización correspondiente a cada una de las coberturas sujetas a las condiciones del presente Contrato.

Asegurados

Se refiere al Asegurado Titular y/o miembros de la familia del mismo (cónyuge y/o hijos dependientes del Asegurado Titular y/o de su cónyuge) que han sido incluidos en la póliza y que sean residentes de la República de Guatemala.

Cirugía o Acto Quirúrgico Amparado

Se entiende por cirugía amparada a una intervención quirúrgica realizada al asegurado con fines terapéuticos a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento.
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente.

Enfermedad o Padecimiento

Es toda alteración de la salud del asegurado provocada por la acción directa o indirecta de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que amerita tratamiento quirúrgico.

Enfermedad Congénita

Alteración del estado de la salud fisiológica y/o morfológica en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

Enfermedades Preexistentes

Significa cualquier enfermedad o lesión que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del asegurado. Esta condición se aplica prescindiendo que el asegurado haya tenido tratamiento por un padecimiento o no, o si el asegurado tuviera conocimiento o no de su existencia antes de ingresar al seguro.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía podrá requerir a los Asegurados que se sometan a un examen médico.

Hospital

Significará una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, bajo supervisión y atención de médicos y enfermeras. Esta definición incluye también las instalaciones dedicadas al diagnóstico y cirugía.

Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para adicciones, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares, no se consideran hospitales.

Hospitalización

Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

Médico

Significa la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con autorización legal e inscrito para ejercer dentro del alcance de su especialidad según las leyes del país en el cual practica medicina. El médico no podrá ser el asegurado, ni un familiar del mismo.

Tiempo Quirúrgico

Tiempo continuo que el paciente se encuentra en la sala quirúrgica (quirófano) donde se realiza el acto quirúrgico indicado por el médico especialista para el tratamiento de una o varias enfermedades o accidentes, el cual inicia desde el monitoreo del anesthesiólogo hasta que el paciente llega a la sala de recuperación posterior a la cirugía.

Periodo de espera

Tiempo que debe transcurrir a partir del inicio de vigencia de esta póliza, para que los asegurados se encuentre(n) cubierto (s) bajo los términos de la misma. No importando la fecha de inclusión de los asegurados, siempre se debe cumplir con el periodo de espera indicado. Este periodo de espera una vez cubierto no aplicará para renovaciones.

Responsable de Pago

Persona natural o jurídica que se compromete a realizar el pago de la prima de una Póliza con la Compañía, en nombre propio o con consentimiento del(os) Asegurado(s).

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad a indemnizar por parte de La Compañía al Asegurado Titular con base a la(s) cobertura(s) contratada(s) bajo esta póliza. El límite máximo se encuentra establecido en la Solicitud/Carátula de la póliza.

II. COBERTURAS.

A. COBERTURA BÁSICA PARA CIRUGÍAS.

La Compañía liquidará al Asegurado Titular el importe de la Suma Asegurada correspondiente a la cirugía amparada de acuerdo a las condiciones de la póliza, siempre que la misma se encuentre vigente al momento de la cirugía.

En caso de procedimientos múltiples realizados durante un mismo periodo continuo de hospitalización o durante un mismo tiempo quirúrgico, únicamente se indemnizará una vez el importe de la Suma Asegurada contratada.

Para una cirugía a causa de un accidente, el período de espera es de cero (0) días y para una enfermedad que se considere cubierta, el periodo de espera será de sesenta (60) días naturales.

Los asegurados tendrán un periodo de espera de doce (12) meses consecutivos para las cirugías a causa de enfermedad que estén relacionadas con los siguientes órganos o estructuras anatómicas:

1. Amígdalas.
2. Adenoides.
3. Columna vertebral.
4. Colecistitis, cálculos biliares en vesícula biliar y vías biliares.
5. Hemorroides, fisura anal, fístula anal y prolapso rectal.
6. Fibromas de útero, histerectomía, sangrado uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso cistocele y prolapso rectocele.
7. Tumoración o nódulo en glándulas mamarias.
8. Hidrocele, varicocele y espermatocele.
9. Crecimiento benigno de la próstata.
10. Rodilla.
11. Cálculos urinarios, cálculo en riñón, uréteres, uretra, vejiga.
12. Hernias internas o de la pared abdominal.
13. Eventraciones espontáneas o postquirúrgicas.
14. Tiroidectomía por bocio multinodular o nódulo tiroideo.
15. Desviación del tabique nasal, sinusitis.
16. Válvulas del corazón y enfermedades de las arterias coronarias.
17. Accidentes cerebrovasculares

III. INDEMNIZACIONES.

A. AVISO.

El Asegurado Titular y/o sus familiares según numeral VI inciso D. “Pago a Familiares”, deberán presentarse en las oficinas de La Compañía, dentro de los cinco (5) días siguientes al día en que tenga conocimiento del diagnóstico, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en donde le proporcionarán el formato de reclamación y los documentos necesarios para solicitar el pago del seguro.

Una vez reunidos los requisitos, deberá entregarlos en las oficinas de La Compañía cerciorándose que se entreguen de forma completa y en las condiciones que se mencionan en el formato de reclamación, para evitar el retraso en su trámite.

B. PRUEBAS.

El Asegurado Titular y/o sus familiares según numeral VI inciso D. “Pago a Familiares”, presentarán a La Compañía, a su costa, todas las pruebas relacionadas con el siniestro que genere la reclamación.

La Compañía tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa, a comprobar cualquier situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del asegurado y/o de sus familiares para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

C. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

El pago a cargo de la Compañía se podrá realizar de la siguiente manera:

1. Si el asegurado es menor de edad y/o se encuentra en estado de interdicción, a la persona que sustente la patria potestad o tutela,
2. En los demás casos se pagará directamente al Asegurado Titular.
3. En el caso que el Asegurado Titular fallezca o quede imposibilitado, la indemnización procedente se pagará según numeral VI inciso D. “Pago a Familiares”

IV. CLÁUSULAS GENERALES.

A. EDAD.

1. EDADES DE ACEPTACIÓN.

Las edades mínima y máxima de aceptación al seguro son de uno (1) a sesenta y nueve (69) años inclusive, concluyendo la cobertura a los setenta y nueve (79) años inclusive. Dicha regulación aplica para todos los asegurados.

2. COMPROBACIÓN DE LA EDAD.

Si en el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad, los asegurados presentan a La Compañía pruebas de su edad, La Compañía lo anotará en la póliza o en el anexo correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar el siniestro.

3. CONSECUENCIAS DE UNA INEXACTA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad de los asegurados, ésta hubiere estado fuera de los límites de aceptación establecidos al momento de la celebración o en su caso la renovación del

Contrato de Seguro, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para dichos asegurados y La Compañía reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

Si la edad de los asegurados estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- 3.1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- 3.2. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la prima pagada y la que corresponda a la edad real del asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas correspondientes a los periodos siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- 3.3. Si La Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- 3.4. Si la inexactitud en la edad se descubre con posterioridad a la muerte del asegurado, La Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, siempre y cuando dicha edad no exceda la edad máxima de aceptación.

Para los cálculos antes descritos se aplicarán las tarifas que estén en vigor al momento de la detección de la inexactitud.

B. VIGENCIA, INICIO Y FINALIZACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato estará vigente por un (1) año, conforme a lo indicado en la Solicitud/Carátula de la póliza.

C. PRIMAS.

1. IMPORTE DE LA PRIMA.

El Asegurado Titular se obliga a pagar la prima convenida por la cantidad que se indica en la Solicitud/Carátula de la póliza.

2. VENCIMIENTO DE LA PRIMA.

El pago de la prima deberá efectuarse en el momento de la celebración del contrato por lo que se refiere al primer periodo de seguro. Las primas posteriores, se entenderán vencidas al comienzo de cada periodo.

Si el Asegurado Titular opta por el pago fraccionado de la misma, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción de tiempo en que se hubiere dividido el pago.

3. LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA.

El Asegurado Titular deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en las oficinas de La Compañía. Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito. En este caso, hasta en tanto La Compañía no entregue el recibo de pago de

primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.

4. PAGO FRACCIONADO DE PRIMAS.

El Asegurado Titular podrá optar por cubrir los pagos de las primas en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, los cuales bajo ninguna circunstancia podrán ser inferiores a un mes.

5. PERIODO DE GRACIA.

Se concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si no hubiere sido pagada la prima o la primera fracción pactada dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha del vencimiento, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente al día siguiente del último día de ese plazo, y por tanto, La Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

6. TERRITORIALIDAD.

Cobertura mundial. Para que los procedimientos quirúrgicos realizados en el extranjero sean cubiertos, los mismos deben cumplir los pasos del protocolo médico o manejo habitual de Guatemala y que los mismos justifiquen un internamiento hospitalario de al menos 48 horas.

7. MONEDA.

Todos los valores expresados en este Contrato, así como los pagos de primas e indemnizaciones se efectuarán en Quetzales y/o su equivalente en Dólares de los Estados Unidos de América.

D. EXCLUSIONES DEL PRODUCTO DE CIRUGÍAS.

1. EXCLUSIONES GENERALES DE LAS COBERTURAS DEL PRODUCTO.

Se excluyen las cirugías relacionadas con:

- 1.1. Padecimientos preexistentes y/o enfermedades congénitas, genéticas.
- 1.2. Suicidio, intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- 1.3. Bulimia o anorexia.
- 1.4. Cesárea, parto y/o legrado uterino.
- 1.5. Disfunción sexual, control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente (ETS)
- 1.6. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- 1.7. Intervenciones cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
- 1.8. Intervenciones dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
- 1.9. Calvicie, obesidad y reducción de peso.
- 1.10. Tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.
- 1.11. Diálisis o insuficiencia renal.
- 1.12. Miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas. Enfermedad degenerativa de la mácula.

- 1.13. Nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- 1.14. Aquellas que sean ambulatorias (cualquier consulta médica o quirúrgica, la investigación o procedimiento que se realiza sin que el paciente tenga que permanecer más de 48 horas en el hospital).
- 1.15. Aquellas que sean experimentales o que no estén avalados por la FDA (Food and Drug Administration).
- 1.16. Hospitalizaciones o cirugías que no sean médicamente necesarias.
- 1.17. Accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades, trabajos o deportes peligrosos o riesgosos, tales como:
 - 1.17.1. Participar en actos de guerra, rebelión, riña, siempre y cuando sean provocados por los asegurados, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.
 - 1.17.2. Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica, espeleología, salto en bungee, deportes invernales, o cualquier deporte profesional.
 - 1.17.3. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad o resistencia.
 - 1.17.4. Conducir vehículos de motor acuático, transporte público, transporte comercial o transporte militar, a excepción de las motocicletas.
 - 1.17.5. Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.

V. CLÁUSULAS OPERATIVAS.

A. REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA.

La póliza cuenta con el beneficio de reinstalación de la suma asegurada transcurridos seis (6) meses consecutivos contados a partir de la fecha de egreso del hospital derivado de la cirugía o acto quirúrgico cubierto y pagado o en curso de pago.

B. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

La Compañía renovará este contrato automáticamente siempre y cuando el pago de las primas se encuentren al día, sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y cuando la edad alcanzada del asegurado no sea mayor al límite máximo establecido en la cláusula de **Edades de Aceptación**. No se emitirán documentos de renovación y el pago de la prima, la Solicitud/Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y anexos existentes de la póliza son la prueba de la cobertura válida.

C. REHABILITACIÓN.

Este contrato puede ser rehabilitado previo requerimiento por escrito, completando los requisitos de asegurabilidad quedando a criterio de La Compañía la aceptación de la misma. Para poder rehabilitar el Asegurado Titular no tendrá más de una (1) prima mensual pendiente de pago y que la solicitud de rehabilitación se efectúe en un período no mayor a 30 días a la fecha de cancelación debiendo pagar las cuotas pendientes.

D. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 916 del Código de Comercio de Guatemala.

E. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.

La Compañía puede dar por terminado anticipadamente el Contrato de Seguro y en consecuencia terminar la cobertura de los asegurados por medio de aviso escrito a él, a causa de omisiones, falsas o inexactas declaraciones en la Solicitud/ Carátula de la Póliza y en los distintos formularios de reclamación del seguro.

F. DÍAS PARA DEVOLVER LA PÓLIZA

Si por cualquier razón el asegurado no está satisfecho con esta póliza, podrá solicitar la cancelación de la misma dentro de los quince (15) días siguientes de haberla recibido. La Compañía le devolverá cualquier prima pagada y la póliza quedará sin efecto desde su inicio, como si nunca hubiese sido emitida, siempre y cuando no se haya pagado reclamación alguna bajo la misma.

ARTÍCULO 673 (Código de Comercio Guatemala). 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 (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 al qué solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último.

G. RESOLUCIÓN DE CONFLICTO ENTRE LAS PARTES

Cualquier diferencia que surja con motivo de la aplicación de las cláusulas de esta póliza, será resuelta conciliatoriamente por La Compañía, el Asegurado Titular y/o sus familiares según numeral VI inciso D. "Pago a Familiares", y si ello no fuera posible, por los Tribunales de la Ciudad de Guatemala, a cuyo efecto las partes, a excepción de La Compañía, renuncian expresamente al fuero de su domicilio.

En toda acción judicial, litigio, u otro procedimiento en que La Compañía deniegue el pago de la indemnización, la obligación de probar la razón de la denegatoria recaerá sobre La Compañía.

VI. CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

A. NOTIFICACIONES.

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito por cualquiera de las partes. Las notificaciones se dirigirán al último domicilio registrado.

B. CONTRATO COMPLETO

La Solicitud/Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y los Anexos que se agreguen, constituyen el Contrato de Seguro, celebrado entre el Asegurado Titular y La Compañía.

C. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO TITULAR

El Asegurado Titular tendrá como obligación, adicionales a las contenidas en otras cláusulas, durante la vigencia del Contrato pagar a La Compañía el total de la prima de la póliza con base a la forma de pago establecida en la Solicitud/Carátula de la Póliza.

D. PAGO A FAMILIARES

Si un asegurado fallece antes o durante el proceso de una reclamación de las coberturas, se seguirá el siguiente proceso:

1. Si fallece el Asegurado Titular, el pago se efectuará al cónyuge
2. Si el Asegurado Titular y su cónyuge fallecen, se efectuará el pago al(los) hijo(s) mayor(es) de edad
3. Si el Asegurado Titular no tuviera cónyuge y/o hijos mayores de edad, el pago se efectuará a los herederos legales

E. CANCELACIÓN

Las disposiciones que se detallan a continuación darán por cancelado el contrato:

1. Cancelación por parte del Asegurado Titular
Si el Asegurado Titular notifica por escrito a La Compañía su deseo de cancelar esta póliza, dicha cancelación será efectiva en la fecha en que la notificación haya sido recibida por La Compañía o en la fecha que se especifique en dicha notificación, la que sea posterior.
2. Cancelación por La Compañía
La Compañía podrá cancelar esta póliza en cualquier momento por aquellos fundamentos que se especifican en la póliza, mediante envío de notificación a tales efectos al Asegurado Titular por cualquier medio. Dicha cancelación será efectiva quince (15) días después de la fecha de envío de dicha notificación.
3. Cancelación Automática
Esta póliza se cancelará inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:
 - 3.1 Por falta de pago de la prima treinta (30) días calendario después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada.
 - 3.2 Por el fallecimiento del Asegurado Titular.
 - 3.3 Al cumplir el asegurado la edad máxima de elegibilidad.

F. OTROS SEGUROS

Los asegurados no podrán estar cubiertos por más de una póliza de Seguro Individual de Cirugías en La Compañía. En caso de que esté cubierto por más de una póliza, La Compañía considerará la póliza que proporcione el mayor beneficio. Cuando el beneficio de cada póliza es idéntico, La Compañía considerará la primera póliza emitida. La Compañía reembolsará cualquier prima que haya sido cobrada al Asegurado Titular por las pólizas adicionales emitidas.

G. EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDADES

La Compañía quedará desligada de toda obligación en los casos siguientes:

1. Si se omite el aviso del siniestro, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias;
2. Si con el fin de hacerle incurrir en error, se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, que pudiera excluir o restringir sus obligaciones; y,

3. Si con igual propósito, no se le remite oportunamente la documentación referente al siniestro, o la prueba de pérdida.

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN No. 842-2017 DEL VEINTINUNO DE AGOSTO DE 2017, REGISTRO QUE NO PREJUZGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO.

ANEXO 1
SEGURO INDIVIDUAL DE CIRUGIAS
COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN
(__% ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA BÁSICA)

Seguros El Roble, S.A. en adelante denominado “La Compañía”, conviene con el Asegurado Titular otorgar la cobertura e indemnizar la misma, de acuerdo con estas Condiciones Generales y la legislación vigente en materia de seguros.

Por medio del presente anexo se incluye la cobertura de hospitalización que consiste en otorgar un __% adicional de la suma asegurada de la Cobertura Básica para Cirugías en caso de hospitalización a consecuencia de una cirugía cubierta por el Seguro Individual de Cirugías.

Los términos y condiciones que aplican para el presente anexo quedan sujetos a lo establecido en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica para cirugías. El presente anexo será válido si ha sido contratado formalmente mediante solicitud por el asegurado.

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN No. 842-2017 DEL VEINTINUNO DE AGOSTO DE 2017, REGISTRO QUE NO PREJUZGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO.

ANEXO 2
SEGURO INDIVIDUAL DE CIRUGIAS
COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍAS DE ALTO COSTO

Seguros El Roble, S.A. en adelante denominado “La Compañía”, conviene con el Asegurado Titular otorgar la cobertura e indemnizar la misma, de acuerdo con estas Condiciones Generales y la legislación vigente en materia de seguros.

Por medio del presente anexo se incluye la cobertura de doble indemnización por cirugías de alto costo que consiste en otorgar el doble de la suma asegurada de la Cobertura Básica de Cirugías en caso de cirugías de alto costo cubierta por el Seguro Individual de Cirugías.

Pago Adicional por Cirugías de Alto Costo

En caso de que a los Asegurados se les practique alguna de las cirugías amparadas enlistadas en este apartado, La Compañía duplicará la Suma Asegurada de la Cobertura Básica, siempre que la póliza del asegurado afectado se encuentre vigente.

En caso de procedimientos múltiples o patología incluida en dos apartados de esta lista realizados durante un mismo periodo continuo de hospitalización o durante un mismo tiempo quirúrgico, únicamente se liquidará la Suma Asegurada correspondiente a la cirugía amparada de mayor monto o uno de ellos si los montos son iguales.

1. Cirugía de corazón abierto.

La cirugía de corazón abierto, que incluye la esternotomía o sección quirúrgica del esternón, es la seleccionada por el médico del asegurado de acuerdo con el alcance de su especialidad que puede ser Cirujano Cardiovascular, Cirujano de tórax, como el tratamiento más adecuado para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias o cualquier anomalía estructural de las válvulas cardíacas o del corazón. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar pruebas de exploración y cirugía cardíaca realizada y los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete de la anomalía estructural cardíaca motivo de la intervención.

2. Trasplante de órganos mayores.

Es la cirugía de trasplante de órgano que se le realiza a los Asegurados en calidad de receptor del órgano trasplantado, amparando únicamente corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas, siempre que éste sea médicamente necesario y realizada por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser un cirujano de trasplantes autorizado para tratar la insuficiencia orgánica y funcional irreversible y en estado terminal del órgano que motivó el trasplante. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones:

- Trasplantes de células madre, trasplantes de células de los islotes del páncreas, así como cualquier otro trasplante no mencionado explícitamente quedará excluido.
- Los procedimientos endovasculares.

3. Cirugía de aneurisma cerebral.

Es la cirugía neurológica que se realiza con la apertura quirúrgica del cráneo (craniectomía), con la finalidad de reparar un aneurisma intracraneal o para extirpar una malformación vascular arterial o venosa. La intervención quirúrgica debe ser certificada como indispensable por parte de un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser un Neurólogo o Neurocirujano. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones:

- Los procedimientos endovasculares.

4. Cirugía de injerto de piel.

Es la cirugía de injerto de la piel (del Asegurado o piel de banco) que fue considerada por el médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser Traumatólogo, Internista, Intensivista o Cirujano Plástico Reconstructivo, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de quemaduras de tercer grado (las que afectan todas las capas de la piel y exponen músculos, tendones y/o huesos) que en un mismo evento abarquen al menos el 20% del total de la superficie corporal.

Para indemnizar esta cirugía es indispensable presentar, por parte del médico tratante, la confirmación del diagnóstico y las gráficas clínicamente aceptadas y estandarizadas demostrativas de la superficie total afectada. La indemnización correspondiente se hará al tener la demostración grafica de la colocación de los injertos en el área establecida.

Exclusiones:

- Las cirugías estéticas secundarias al injerto.

5. Extirpación de pulmón (lobectomía pulmonar o neumonectomía).

Es la extirpación quirúrgica de por lo menos un lóbulo completo del pulmón, debiendo ser considerada esta cirugía torácica como el tratamiento más adecuado por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser Neumólogo, Cirujano neumólogo o Cirujano de tórax.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones

- La biopsia pulmonar.

6. Extirpación del intestino grueso (hemicolecotomía o colectomía total).

Es la resección quirúrgica de la mitad del colon (intestino grueso) o su extirpación total, esto es, Hemicolecotomía o Colectomía Total respectivamente y este tratamiento quirúrgico haya sido considerado por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser Gastroenterólogo o Cirujano General o Cirujano de vías digestivas o Cirujano Oncólogo como el tratamiento más adecuado para la atención del Asegurado.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete así como los documentos de la cirugía realizada.

7. Cirugía de columna cervical.

Es la cirugía realizada en la columna cervical que es considerada por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser Traumatólogo, Neurocirujano u Ortopedista que cuente además con la subespecialidad en columna vertebral, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de una enfermedad severa de disco o fractura (Grado III o IV).

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones:

- Cirugía percutánea o inyecciones de disco intervertebral.

8. Cirugía radical de cáncer.

Es el tratamiento quirúrgico considerado por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser Oncólogo o Cirujano Oncólogo como el más adecuado y necesario para detener la propagación del cáncer a través de la extirpación completa (cirugía radical) de uno o varios de los siguientes órganos:

- Mama (mastectomía radical).
- Próstata (prostatectomía radical) con cistectomía y vaciamiento ganglionar incluyendo cirugía radical de vejiga.
- Útero (histerectomía) con salpingo ooforectomía y vaciamiento ganglionar mayor.
- Estómago (gastrectomía).
- Laringe (laringectomía).
- Páncreas (Pancreatectomía, Operación de Whipple que incluye la extirpación de la cabeza del páncreas, del duodeno, de la porción distal del conducto biliar y del segmento distal del estómago).

Para solicitar la indemnización correspondiente es indispensable presentar el informe del médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser Oncólogo y el de patología que confirmen el diagnóstico de cáncer, así como los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete y los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones:

La cirugía radical para tratar alguno de los siguientes tipos de cáncer:

- Los tumores descritos histológicamente como benignos, pre-malignos potencial maligno, maligno bajo o no invasivo.
- Cualquier lesión descrita como carcinoma in situ (Tumor in Situ-Tis) o Ta por la última edición vigente de la clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis) de la AJCC (American Joint Committee on Cancer).

9. Cirugía cerebral.

Es la extirpación de por lo menos un lóbulo completo del cerebro que es considerado por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad y que puede ser Neurólogo o Neurocirujano como el tratamiento más adecuado y necesario. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones:

- Biopsia cerebral y cirugía de la hipófisis.

Los términos y condiciones que aplican para el presente anexo quedan sujetos a lo establecido en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica para cirugías. El presente anexo será válido si ha sido contratado formalmente mediante solicitud por el asegurado.

10. Extirpación del intestino delgado (Duodeno, yeyuno y/o íleon).

Es la resección quirúrgica de la mitad del intestino delgado o su extirpación total, siempre que este tratamiento quirúrgico haya sido considerado por un médico de acuerdo con el alcance de su especialidad, que pueda ser Gastroenterólogo o Cirujano General o Cirujano de vías digestivas o Cirujano Oncólogo como el tratamiento más adecuado para la atención del Asegurado.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN No. 842-2017 DEL VEINTINUNO DE AGOSTO DE 2017, REGISTRO QUE NO PREJUZGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO.