

**SEGURO DE VIDA COLECTIVA  
ANEXO DE ANTICIPO DE COBERTURA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TERMINALES**

**Póliza N°:**

**Contratante:**

**Asegurado:**

**Vigencia de este Anexo:**

Queda entendido y convenido que, sujeto a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la póliza arriba citada, a la cual se adhiere este Anexo y, sujeto al pago de la prima extra por parte del Contratante y/o Asegurado, el seguro se extiende a cubrir los gastos de Anticipo de cobertura de cáncer y enfermedades terminales, bajo las siguientes estipulaciones:

**1. COBERTURA:**

La compañía pagará el límite establecido para esta cobertura en las condiciones particulares, siempre y cuando el Asegurado por concepto de este amparo, en el evento de diagnosticársele, durante su vigencia, que padece alguna de las enfermedades definidas y bajo las condiciones y términos que se establecen, y que no se encuentre en las exclusiones del presente anexo.

La Compañía pagará el monto contratado, sólo si el Asegurado se encuentra vivo, después del término de treinta (30) días a partir de la fecha del diagnóstico de las enfermedades detalladas en el literal 3 de este anexo, o treinta (30) días a partir de la fecha que se practicó la cirugía de la enfermedad.

El monto contratado es un anticipo en caso de diagnóstico positivo a las causas cubiertas en este anexo, excepto lo especificado en exclusión, y se establece como un porcentaje de la cobertura de muerte por cualquier causa.

En caso muerte del Asegurado, mientras la póliza este vigente, por las causas cubiertas en este anexo y si la cobertura de anticipo ya fue pagada, la cobertura de muerte por cualquier causa será la diferencia hasta completar la cobertura expresada en las condiciones particulares.

Son elegibles todas las personas vinculadas al contratante. La edad máxima de ingreso será de sesenta (60) años tanto para hombres como para mujeres y la cobertura del presente anexo se mantendrá como máximo hasta la edad de sesenta y cinco (65) años, una vez se cumpla esta edad el seguro terminará automáticamente.

**2. EXCLUSIONES:**

La cobertura otorgada por el presente anexo no cubre:

a) Cáncer:

1. Leucemia crónica linfocítica
2. Cánceres no invasivos in-situ
3. Cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.
4. Tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.

b) Enfermedades Coronarias:

1. Angioplastia de globo
2. Técnicas que no requieren cirugía

c) Apoplejía Cerebral:

Accidentes cerebro vasculares post-traumáticos, la Compañía no pagará el monto contratado bajo este anexo, si la enfermedad cubierta ha sido causa directa o indirecta de:

1. Lesión o padecimiento infringido a sí mismo intencionalmente.
2. Uso o abuso de drogas o alcohol
3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA
4. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva
5. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos
6. Lesiones corporales causadas por medios externos, violentos y accidentales.

El Asegurado deberá, como condición precedente a toda obligación de la Compañía, probar que la enfermedad no fue consecuencia de, o causado por, alguna de las circunstancias que han sido excluidas.

**3. DEFINICIONES:****3.1. CANCER:**

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

**3.2. INFARTO AL MIOCARDIO:**

Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) Hospitalización cuyo registro indique infarto del miocardio dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.
- b) Historial conteniendo el típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EEG, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

**3.3. ENFERMEDADES CORONARIAS:**

Estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias que requieren ser corregidas por medio de una revascularización by-pass, realizada con posterioridad a los síntomas de angina de pecho.

**3.4. ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO:**

Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas de naturaleza permanente. Incluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.

**3.5. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:**

Enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia de lo cual es necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

**4. PERIODO DE CARENCIA:**

Esta cobertura tendrá un período de carencia de noventa (90) días a contar de la fecha de vigencia inicial de este anexo o desde su rehabilitación. Así mismo, sólo tendrá validez para la obtención de la cobertura correspondiente, el primer diagnóstico de la enfermedad cubierta, emitido después de transcurrido dicho plazo.

No se exigirá período de carencia en las renovaciones de la vigencia de este anexo.

**5. LIMITACIONES:**

Esta cobertura tiene las siguientes limitaciones:

- Solamente se indemnizará la primera enfermedad cubierta que sea notificada a la Compañía después de finalizado el período de carencia.
- En ningún caso la indemnización será mayor al monto contratado bajo esta cobertura ni mayor al porcentaje de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares de la Póliza.

**6. MONTO DEL SEGURO:**

El monto por el cual el Asegurado se encuentra amparado bajo este seguro queda estipulado en las condiciones particulares de la póliza

**7. AVISO DEL SINIESTRO:**

El reclamo deberá ser presentado y recibido por la Compañía dentro de cuarenta y cinco (45) días hábiles de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta. El Asegurado o beneficiario podrá justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado o pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, para cumplir con este deber. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro podrá exceder el tiempo señalado en el Art. 718 del Código de Comercio.

**8. REVISIÓN MÉDICA:**

La Compañía podrá examinar al Asegurado cuando y tantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago de la cobertura.

**9. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO**

La Compañía pagará la cobertura bajo el presente seguro una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

- a) Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico tratante
- b) Copia de la Cédula de Identidad del asegurado
- c) Copia de la Historia clínica completa
- d) Informe del médico tratante
- e) Antecedentes médicos con información clínica, radiológica y exámenes de laboratorio, en el caso de cáncer también se debe presentar antecedentes médicos con información histológica.
- f) La compañía podrá requerir de los médicos tratantes del asegurado, todos los antecedentes que ellos posean, y podrá solicitar al Asegurado someterse a los exámenes que le solicite para verificar el diagnóstico de la enfermedad.

**10. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO OTORGADO POR ESTE ANEXO**

Durante la vigencia de la presente Póliza, el Asegurado podrá solicitar unilateralmente la terminación anticipada de esta Póliza, en caso de no existir reclamaciones presentadas la Compañía reembolsará la prima no devengada a prorrata; por su parte, la Compañía podrá dar por terminado el seguro por falta de pago de primas en el tiempo indicado en estas condiciones, por incumplimiento de notificar la modificación del riesgo durante la vigencia de la póliza en cuanto se refiere a la actividad que desempeña el Asegurado, por dolo o mala fe del Asegurado y en caso de liquidación, teniendo la Compañía el derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido. En cualquiera de los casos, las partes deberán notificar su decisión por escrito e incluso por medios electrónicos.

Ciudad, xx de xxxxxxx de 20xx

---

**Solicitante**

---

**La Compañía**

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo el registro número SCVS-1-2-CA-666-370004425-31102025.