

## **CLÁUSULAS ADICIONALES AL SEGURO INDEMNIZATORIO DE ENFERMEDADES GRAVES COMPLETO**

### **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE CIRUGÍA DE AORTA**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

#### **DEFINICIÓN DE COBERTURA**

Significa ser sometido a cirugía vía toracotomía o laparotomía para reparar o corregir un aneurisma aórtico, una obstrucción de la aorta, una coartación de la aorta o la ruptura traumática de la aorta.

Para propósitos de esta definición, aorta comprenderá la aorta torácica y abdominal pero no sus ramificaciones.

#### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

**El procedimiento de solicitud de cobertura (pago de la indemnización correspondiente) será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:**

- Reporte operatorio firmado por el especialista indicando el código del médico registrado en Colegio Médico del Perú y el código del Registro Nacional de Especialidad**
- CD con la aortografía previa a la cirugía que fundamenta la intervención**
- CD con la Tomografía Computarizada de la lesión de la arteria aorta torácico o abdominal previa a la cirugía que fundamente la intervención.**

## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE CEGUERA**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **DEFINICIÓN DE COBERTURA**

Indemnización, según el monto contratado, por reducción irreversible de la vista de ambos ojos clínicamente comprobable, como resultado de una enfermedad o accidente.

La agudeza visual corregida debe ser menor de 6/60 ó 20/200 utilizando, por ejemplo pruebas con la tabla tipo Snellen o restricción en el campo visual a 20º o menos en ambos ojos.

Ningún beneficio será exigible si en la opinión médica general, un dispositivo o implante pudiera dar como resultado el restablecimiento parcial o total de la visión.

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- **Informe Médico del Oftalmólogo tratante indicando Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialistas (RNE) documentado en la Historia Clínica de la institución donde se atendió el diagnóstico, según lo señalado en la definición de la cobertura.**

**CLÁUSULA ADICIONAL**  
**COBERTURA DE CIRUGÍA ARTERIO- CORONARIA (BY-PASS)**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

**DEFINICIÓN DE COBERTURA**

Significa la realización del injerto para la derivación de la Arteria Coronaria vía una toracotomía para corregir o tratar la enfermedad de la arteria coronaria.

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

**Se excluyen:**

- La angioplastia.
- Cualquier otro procedimiento intra-arterial.
- Cirugía por toracotomía mínima.

**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura (pago de la indemnización correspondiente) será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- Reporte operatorio firmado por el especialista indicando Colegio Médico Del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialistas (RNE)
- CD con cinecoronariografía previa a la cirugía que fundamenta la intervención.

## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE INFARTO AL MIOCARDIO**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **DEFINICIÓN DE COBERTURA**

Indemnización, según el monto contratado, por el diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce por un aporte sanguíneo insuficiente al área relevante. Deben satisfacerse todos los siguientes criterios:

1. Dolor típico en el centro del tórax sugestivo de Ataque Cardíaco
2. Incremento diagnóstico de marcadores cardíacos específicos característicos para Ataque Cardíaco
3. Nuevos cambios electrocardiográficos de infarto
4. Evidencia de la disminución en la función ventricular izquierda, como una reducción en la fracción de eyección ventricular izquierda o hipocinesia significativa, acinesia o anormalidades en la movilidad de la pared secundarias al Ataque Cardíaco

#### **Se excluyen:**

- El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;
- Síndromes Coronarios Agudos Infarto de miocardio silente.

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- Es indispensable presentar los informes que sustenten las condiciones antes indicadas y el informe de hospitalización por el diagnóstico en mención.
- Examen de Laboratorio Sustentatorio (marcadores cardíacos específicos para ello).
- EKG (electrocardiograma) del evento agudo.
- Informe de ecocardiograma realizado

## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE CIRUGÍA DE VÁLVULA CARDIACA**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **DEFINICIÓN DE COBERTURA**

Es la realización de cirugía de corazón abierto vía toracotomía para reemplazar válvulas cardíacas como consecuencia de defectos o anomalías valvulares del corazón.

Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar por válvulas artificiales, debido a una estenosis o insuficiencia o a la combinación de ambos factores. La realización de la cirugía de reemplazo valvular tiene que ser confirmada por un especialista.

#### **Se excluyen:**

- **La reparación de válvulas cardíacas**
- **Valvulotomías**
- **Valvuloplastias.**

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura (pago de la indemnización correspondiente) será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- **Reporte operatorio firmado por el especialista indicando Colegio Médico Del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialistas (RNE).**
- **CD con cinecoronariografía y estudio angiográfico valvular.**

## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE INSUFICIENCIA RENAL**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **DEFINICIÓN DE COBERTURA**

Indemnización, según el monto contratado, por la falla renal terminal que se presenta con insuficiencia irreversible y crónica de la función de ambos riñones, como resultado de la cual se inicia diálisis renal en forma regular o se lleva a cabo el trasplante renal.

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

**El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:**

- Resultado de la creatinina sérica (en mg/dl) con por lo menos tres resultados anormales.**
- Resultados de la Depuración de Creatinina con criterios en rango de Insuficiencia Renal.**
- Informe de las diálisis realizadas**

## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **PRIMERA: DEFINICIÓN DE COBERTURA**

Indemnización, según el monto contratado, por diagnóstico inequívoco de Esclerosis Múltiple es el de aquella enfermedad en que existen zonas de desmielinización en la sustancia blanca del sistema nervioso central y que en ocasiones se extienden a la sustancia gris. De acuerdo a este contrato, las reclamaciones sólo serán admitidas si la Esclerosis Múltiple ocasiona un déficit neurológico que produzca la incapacidad permanente e irreversible de la Vida Asegurada para:

- Desplazarse en el interior de una habitación a otra, en un solo nivel o una sola planta.
- Alimentarse por sí mismo una vez que la comida ha sido preparada y disponible.
- Comunicarse con su ambiente por medio de lenguaje verbal.

La enfermedad debe ser evidenciada por síntomas clínicos típicos de desmielinización, deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la Resonancia Nuclear Magnética.

Para probar el diagnóstico, el ASEGURADO debe exhibir anomalías neurológicas que hayan existido por un período continuo de por lo menos seis (6) meses o haber tenido al menos dos episodios clínicamente documentados con un intervalo de un mes entre ellos o un episodio clínicamente documentado junto con hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, como así también lesiones cerebrales específicas detectadas en la Resonancia Nuclear Magnética.

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

**El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:**

- **Resonancia Nuclear Magnética.**
- **Informe Médico por Neurólogo(a) indicando Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialistas (RNE) documentado en la Historia Clínica de la institución donde se realizó el diagnóstico, según lo señalado en la definición de la cobertura.**

## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE PARÁLISIS**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **DEFINICIÓN DE COBERTURA:**

Indemnización, según el monto contratado, por la pérdida permanente y total de la función de dos o más extremidades como resultado de lesión o enfermedad de la médula espinal. Se define extremidad como el brazo o la pierna completas.

### **Alternativas:**

- Cuadriplejia significa la pérdida permanente y total de la función de ambos brazos y ambas piernas como resultado de lesión o enfermedad de la médula espinal.
- Paraplejia significa la pérdida permanente y total de la función de ambas piernas como resultado de una lesión o enfermedad de la médula espinal.
- Diplejia significa la pérdida total y permanente en la función de ambos lados del cuerpo como resultado de una lesión o enfermedad de la médula espinal.
- Hemiplejia significa la pérdida total y permanente de la función de un lado del cuerpo.
- Tetraplejia significa la pérdida total y permanente de la función de ambos brazos y ambas piernas y pérdida de movimiento de la cabeza como resultado de lesión o enfermedad de la médula espinal.

### **Se excluyen:**

- Parálisis debida a Síndrome de Guillain-Barré y Miller-Fisher

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- Resultado de la Electro miografía
- La parálisis debe ser adicionalmente documentada en la Historia Clínica por un Neurólogo con Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialistas (RNE).



## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE DERRAME E INFARTO CEREBRAL**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **DEFINICIÓN DE COBERTURA:**

Indemnización, según el monto contratado, por el padecimiento de un ataque de apoplejía como resultado de un evento cerebro-vascular.

La apoplejía debe dar como resultado:

- Déficit neurológico que produzca la incapacidad permanente e irreversible de la Vida Asegurada.
- Desplazarse en el interior de una habitación a otra, en un solo nivel o una planta, o
- Alimentarse por sí mismo una vez que la comida ha sido preparada y disponible, o
- Comunicarse con su ambiente por medio de lenguaje verbal.

La evaluación de las condiciones antes mencionadas no debe realizarse antes de 3 meses de haberse presentado el evento de la apoplejía. Debe existir evidencia clara en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen apropiada de que el evento de la apoplejía ha ocurrido y alguno de los siguientes:

Infarto del tejido cerebral; o

Hemorragia intracraneana o sub-aracnoidea

### **Se excluyen:**

- **Accidentes isquémicos transitorios (TIA)**
- **Lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia**
- **Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).**
- **Infartos lacunares sin déficit neurológico.**
- **Enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares.**

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- **Tomografía Computarizada.**
- **Resonancia Magnética Nuclear o Técnica de imagen apropiada de que el evento ha ocurrido**

**CLÁUSULA ADICIONAL**  
**COBERTURA DE TRASPLANTE DE ÓRGANO MAYOR**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

**DEFINICIÓN DE COBERTURA:**

Indemnización, según el monto contratado, por trasplante de órgano humano, de un donador a la Vida Asegurada de uno o más de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o trasplante de médula ósea.

**Se excluyen:**

- El trasplante de cualquier otro órgano no nombrado
- Partes de órganos, tejidos o células

**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- Reporte quirúrgico del Trasplante y del Donante.
- Medicación utilizada posterior al Trasplante.
- Identificación con DNI del donante y receptor.

## **CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA DE QUEMADURAS GRAVES**

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

### **DEFINICIÓN DE COBERTURA:**

Indemnización, según el monto contratado, por lesión a tejidos por agentes térmicos, químicos o eléctricos que ocasionan quemaduras de tercer grado o de espesor total de por lo menos 20% de la superficie corporal medida por la Regla de los Nueves o el esquema de superficie corporal de Lund y Browder.

### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:**

El procedimiento de solicitud de cobertura será el descrito en el Art. 26 del Condicionado General. La documentación requerida para solicitar la presente cobertura es la siguiente:

- Informe Médico indicando Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialistas (RNE) documentado en la Historia Clínica de la institución donde se atendió el diagnóstico, según lo señalado en la definición de la cobertura.
- Epicrisis del caso.