

## Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

### Primer Diagnóstico de Diabetes

#### Cláusula Adicional

#### Primer Diagnóstico de Diabetes

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y registrará mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1° Definiciones

Diabetes o Diabetes Mellitus: Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o por ambas. **Abarca solamente la Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2.**

Diagnóstico clínico: Es el informe realizado por un médico, basado en la historia clínica del paciente, que certifique positivamente la presencia de diabetes tipo 1 o tipo 2. Los estudios que se pueden realizar para validar el diagnóstico clínico son 1) Glucosa en ayunas en plasma venoso, 2) Glucosa postprandial en plasma/suero venoso, 3) Hemoglobina glucosilada (HbA1c) y 4) Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), según sea el caso. Debe ser diagnosticado por un médico y/o centro médico certificado

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

Médico Colegiado: Persona con formación profesional en medicina y que cuenta con una licencia que le autoriza a ejercer la profesión. **No se considera Médico Colegiado, al personal de la salud que pese a contar con la licencia correspondiente sea familiar del ASEGURADO en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad**

Preexistencia: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional Médico Colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro.

#### Artículo 2° Descripción de la Cobertura

LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO el beneficio previsto en la Solicitud-Certificado, Certificado o Condiciones Particulares, según corresponda; cuando un Médico Colegiado, realice un Diagnóstico Clínico de Diabetes Mellitus al ASEGURADO; siempre que (i) dicho diagnóstico se haya realizado por primera vez durante la vigencia de la póliza, (ii) se haya emitido en una Institución Hospitalaria y (iii) se haya concluido el periodo de Carencia a la fecha de diagnóstico; de acuerdo con las definiciones previstas en el presente documento.

#### Artículo 3° Exclusiones

Queda excluido de cobertura los siniestros que sean consecuencia de, en relación con, o como producto de:

- a. Hiperglicemia aguda que tenga el carácter de transitoria y que comúnmente se detecta bajo condiciones de infecciones agudas, traumatismos severos, alteraciones circulatorias o estrés.
- b. Diabetes gestacional, neonatal e inducida por esteroides.
- c. Toda enfermedad que pueda derivar de una diabetes mellitus, como por ejemplo nefropatía diabética, neuropatía diabética, retinopatía diabética, problemas en los pies que pueden llevar a la amputación, hígado graso, pérdida de audición y demás enfermedades que deriven de la diabetes mellitus.
- d. Preexistencias, al momento de la contratación de la Póliza; de acuerdo con las Definiciones de la Póliza.
- e. Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un Médico Colegiado y/o en una Institución Hospitalaria de acuerdo a las definiciones de la póliza.
- f. Diagnóstico de diabetes mellitus que sea realizado por Médico Colegiado, pero que sea miembro de su familia en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva en su domicilio.
- g. Diagnóstico que se ejecute durante el periodo de carencia.

#### Artículo 4° Terminación del Seguro

La cobertura prevista por esta cobertura cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa.

#### Artículo 5° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta cobertura, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

Aviso: Dar aviso a la COMPAÑÍA, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios de ocurrido el evento, o de haber tomado conocimiento del beneficio, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a. Documento de Identidad del ASEGURADO.
- b. Certificados médicos en los cuales se indique el Diagnóstico Clínico que certifiquen el diagnóstico de Diabetes Mellitus, firmada por el Médico Colegiado.
- c. Resultados de exámenes y procedimientos médicos realizados para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus.
- d. Historia Clínica Completa del ASEGURADO.
- e. Comprobantes de pago legalmente emitidos por la Institución Hospitalaria para el diagnóstico.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20)

días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

#### Artículo 6° Beneficiarios

Serán beneficiarios de la cobertura que se brinda por esta Cláusula Adicional el mismo ASEGURADO.

#### Artículo 7° Carencia

El ASEGURADO tendrá un Período de Carencia de sesenta (60) días calendario, o en reemplazo de éste el que se indique en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o en el Certificado de Seguro, según corresponda, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, o desde su rehabilitación o desde la fecha de incorporación del ASEGURADO, según corresponda.

En caso el ASEGURADO sea diagnosticado con Diabetes Mellitus, dentro del Período de Carencia pactado, se considerará excluida de cobertura, liberándose así la COMPAÑÍA de la obligación de efectuar cualquier pago o prestar cualquier beneficio.

No se exigirá Período de Carencia en las renovaciones del plazo de vigencia de esta cobertura, en tanto se den en forma continuada, sin interrupción alguna.