



AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES PAGO ADICIONAL

ESTE AMPARO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO INDICADA EN LA CARÁTULA Y ESTÁ SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES Y A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

1. AMPARO

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL PRESENTE AMPARO, PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, SI DURANTE SU VIGENCIA UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CÁNCER, INFARTO DEL MIOCARDIO, FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA), ESCLEROSIS MÚLTIPLE, DERRAME E INFARTO CEREBRAL, CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS), TRASPLANTE DE ÓRGANOS, GRAN QUEMADO, PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN/ CEGUERA, PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN, PARÁLISIS, ESTADO DE COMA, TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA, TUMOR CEREBRAL BENIGNO, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ANEMIA APLÁSICA, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

2. EXCLUSIONES

NO ESTÁN CUBIERTAS LAS ENFERMEDADES CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

2.1 ENFERMEDADES DERIVADAS O RELACIONADAS CON EL VIRUS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

2.2 LESIONES PRE MALIGNAS INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADO IN SITU, LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO MELANOMA MALIGNO INVASIVO), Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

2.3 CÁNCER EN LA ETAPA O (INSITU) DIFERENTES AL CÁNCER DE MAMA Y DE PRÓSTATA.

2.4 LAS ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O PREEXISTENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO TENGA CONOCIMIENTO AL MOMENTO DE TOMAR EL SEGURO Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS AL INICIO DEL SEGURO, O EN CASO DE HABER SIDO DECLARADAS NO HAYAN SIDO ACEPTADAS POR POSITIVA.

2.5 ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LASER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

2.6 NO SE CUBRE NINGUNA OTRA PATOLOGÍA NO DESCRITA EXPRESAMENTE EN ESTE CONDICIONADO.

3. DEFINICIONES

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, LAS AFECCIONES CUBIERTAS QUEDAN DEFINIDAS ASÍ:

3.1 CÁNCER:

ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN INCONTROLADA DE CÉLULAS MALIGNAS E INVASIÓN DE TEJIDOS. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER EVIDENCIADO POR UNA HISTOLOGÍA CLARAMENTE DEFINIDA. EL TÉRMINO CÁNCER TAMBIÉN INCLUYE LAS LEUCEMIAS Y LAS ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA LINFÁTICO COMO LA ENFERMEDAD DE HODGKIN.

3.2 CÁNCER IN SITU DE MAMA Y DE PRÓSTATA:

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE RECONOCERÁ EL 20% DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADO EL ASEGURADO CON CÁNCER DE MAMA Y DE PRÓSTATA EN LA ETAPA 0 (INSITU) O ESTADOS I, IA O IB., CON UN LÍMITE MÁXIMO DE VALOR ASEGURADO DE COP\$50.000.000. SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO EN LA ETAPA II, III O IV SE PAGARÁ EL 100% DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, DEDUCIENDO CUALQUIER PAGO QUE SE HAYA REALIZADO ANTERIORMENTE POR ESTA COBERTURA.

3.3 INFARTO DEL MIOCARDIO:

MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO COMO RESULTADO DE UN FLUJO SANGUÍNEO INSUFICIENTE HACIA EL ÁREA COMPROMETIDA. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR TODOS LOS SIGUIENTES CRITERIOS: UNA HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO TÍPICO, NUEVOS CAMBIOS CARACTERÍSTICOS DE INFARTO EN EL ECG ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS ESPECÍFICAS DE INFARTO, TROPONINAS U OTROS MARCADORES BIOQUÍMICOS.

3.4 FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA) ESTADO 5:

ETAPA FINAL DE ENFERMEDAD RENAL QUE SE MANIFIESTA POR UNA FALLA CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE AMBOS RIÑONES, COMO RESULTADO DE LO CUAL SE HACE NECESARIO REALIZAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL (HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL) Ó REQUIRIÓ DE UN TRASPLANTE RENAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA.

3.5 ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESTABLECIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. 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 (2) 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.

3.6 DERRAME E INFARTO CEREBRAL:

CUALQUIER INCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES Y QUE INCLUYE INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, HEMORRAGIA Y EMBOLIZACIÓN ORIGINADA EN UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS COMO ASÍ TAMBIÉN HALLAZGOS TÍPICOS EN LA TAC (TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA) DE CEREBRO Y RNM (RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA) DE CEREBRO. DEBEN DOCUMENTARSE PRUEBAS DE DEFICIENCIA NEUROLÓGICA DE POR LO MENOS TRES (3) MESES A PARTIR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO.

3.7 CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS)

LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA A TÓRAX ABIERTO PARA LA CORRECCIÓN DE DOS 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 ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DEBE SER CONFIRMADA POR UN ESPECIALISTA.

PARÁGRAFO: PARA EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO, LA RECLAMACIÓN DEBERÁ EFECTUARSE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS, EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO ÚNICAMENTE SE PAGARÁ EL AMPARO BÁSICO.

3.8 TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE LA CUAL SE TRASPLANTA UN ÓRGANO (O PARTE DE UN ÓRGANO), PROVENIENTE DE UN DONANTE HUMANO FALLECIDO O VIVO. LOS ÚNICOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE ESTÁN CUBIERTOS BAJO ESTE ANEXO SON:

- CORAZÓN
- RIÑÓN
- INTESTINO DELGADO
- PULMÓN
- HÍGADO
- ALGUNA COMBINACIÓN DE ÉSTOS,
- PÁNCREAS
- MÉDULA ÓSEA
- SIEMPRE QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO

PARÁGRAFO: PARA EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO, LA RECLAMACIÓN DEBERÁ EFECTUARSE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TRASPLANTE DEL ÓRGANO, EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO ÚNICAMENTE SE PAGARÁ EL AMPARO BÁSICO.

3.9 GRAN QUEMADO: POSITIVA, RECONOCERÁ EL VALOR DE LA SUMA CONTRATADA SI COMO CONSECUENCIA DE UNA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO (O MAYOR) SUPERFICIAL O PROFUNDA SE PRESENTA COMPROMISO DE MÁS DEL 70% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DE LA PIEL.

3.10 PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN/ CEGUERA: ES LA PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE E IRREVERSIBLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE. AGUDEZA VISUAL DEBIDAMENTE DOCUMENTADA DE 20/400 O INFERIOR, O CAMPOS VISUALES DE MENOS DE DIEZ (10) GRADOS EN EL MERIDIANO MAYOR O PARTE CENTRAL, DIAGNOSTICADA POR CAMPIMETRÍA. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR OFTALMÓLOGO Y EVIDENCIADO POR RESULTADOS DE EXÁMENES ESPECÍFICOS, TALES COMO POTENCIALES EVOCADOS VISUALES, CAMPIMETRÍA, OTROS.

3.11 PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN: ES LA PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE E IRREVERSIBLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS, COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE. LAS PÉRDIDAS AUDITIVAS NEUROSENSORIALES GENERALMENTE SON IRREVERSIBLES Y PARA ESTE AMPARO, SE INCLUIRÁN LAS PÉRDIDAS AUDITIVAS MAYORES DE 95 DECIBELES. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR OTORRINOLARINGÓLOGO Y EVIDENCIADO POR RESULTADOS DE EXÁMENES ESPECÍFICOS, TALES COMO AUDIOMETRÍAS, LOGOUDIOMETRÍAS Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS.

3.12 PARÁLISIS: SE PRESENTA CUANDO OCURRE LA PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DEL USO DE DOS O MÁS EXTREMIDADES DEBIDA A PARÁLISIS SECUNDARIA A ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE LA MÉDULA ESPINAL. ESTAS CONDICIONES DEBEN SER DOCUMENTADAS MÉDICAMENTE POR AL MENOS TRES (3) MESES DESPUÉS DE SU DIAGNÓSTICO. SE EXCLUYE LA PARÁLISIS DEBIDA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, LESIONES AUTO-INFLINGIDAS, CONDICIONES O TRASTORNOS DE NATURALEZA TEMPORAL O PARÁLISIS PARCIAL.

3.13 ESTADO DE COMA: PÉRDIDA CONTINÚA DE LA CONCIENCIA DE POR LO MENOS 96 HORAS DE DURACIÓN, QUE PRODUZCA DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE DE GRADO SEVERO, CON UNA PUNTUACIÓN DE GLASGOW DE 4 O MENOS, QUE PROVOQUE INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. DURANTE TODO EL PERÍODO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA ES NECESARIO QUE EL ASEGURADO HAYA REQUERIDO CUIDADOS INTENSIVOS, INCLUYENDO VENTILACIÓN ASISTIDA. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: SE CONSIDERAN: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.



3.14 TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE CON SÍNTOMAS CLÍNICOS PERSISTENTES TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TEST NEURO RADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO: TAC O RNM DE CEREBRO). EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. LA LESIÓN CEREBRAL DEBE SER CAUSADA EXCLUSIVA Y DIRECTAMENTE POR UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA, FORTUITA Y VIOLENTA.

3.15 TUMOR CEREBRAL BENIGNO. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE MASA TUMORAL DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS LIMITADO AL CEREBRO, LAS MENINGES, NERVIOS CRANEALES O GLÁNDULA PITUITARIA, CUYO DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DEBE SER ESTABLECIDO POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, CON LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS CORRESPONDIENTES, TALES COMO ESCANOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR, ASÍ COMO RESULTADO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA CONFIRMATORIA. EL TUMOR DEBE REQUERIR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA O PRODUCIR DÉFICIT NEUROLÓGICO OBJETIVO DE FORMA IRREVERSIBLE.

3.16 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DADO POR UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA DEGENERATIVA DEL CEREBRO QUE SE CARACTERIZA POR UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL LA CUAL DEBE SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO A UN PSIQUIATRA. EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR ALTERACIONES DE LA MEMORIA, EL RAZONAMIENTO Y LA CAPACIDAD DE PERCIBIR, COMPRENDER, EXPRESAR O DAR EFECTO A LAS IDEAS. LA RECLAMACIÓN SÓLO SERÁ PROCEDENTE SI LA ENFERMEDAD HA ALCANZADO EL PUNTO DONDE HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS PERMANENTES DE DEMENCIA.

LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: SE CONSIDERAN: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

3.17 ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOPÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) , CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA, CON LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS CORRESPONDIENTES, BASADO EN SIGNOS CLAROS DE AFECCIÓN NEUROLÓGICA PROGRESIVA, CON ALTERACIONES CLÍNICAS PERMANENTES EN LA FUNCIÓN MOTORA, TEMBLOR ASOCIADO Y RIGIDEZ. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: SE CONSIDERAN: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

3.18 ANEMIA APLÁSICA: DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE FALLA MEDULAR CRÓNICA PERSISTENTE, CONFIRMADO POR BIOPSIA, QUE RESULTA EN ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA SE REQUIERE DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ANEMIA APLÁSICA POR PARTE DE UN ESPECIALISTA (HEMATÓLOGO) Y QUE HAYA REQUERIDO PARA SU TRATAMIENTO, EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

4. EDADES

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO ES DE DOCE (12) AÑOS Y LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y DE PERMANENCIA SERÁN LAS DESCRITAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS.

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

6. RECLAMACIÓN

SALVO LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LOS BENEFICIARIOS PODRÁN ALLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO PRUEBA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y DE SU DERECHO A PERCIBIR EL PAGO:

- DOCUMENTO DE RECLAMACIÓN FORMAL
- DIAGNÓSTICO MÉDICO Y/O HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD A RECLAMAR
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (SARLAFT)
- CERTIFICACIÓN BANCARIA

LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD DE POSITIVA PARA EXIGIR CUALQUIER OTRA PRUEBA O DOCUMENTO QUE ESTIME CONVENIENTE Y GUARDE RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN.