



AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES PAGO ADICIONAL

ESTE AMPARO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE PERSONAS ARRIBA INDICADA Y ESTÁ SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES Y A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

1. AMPARO

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ AURORA, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, 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), ESCLEROSIS MÚLTIPLE, DERRAME E INFARTO CEREBRAL, CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS) Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS. SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO. PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, LAS AFECCIONES CITADAS QUEDAN DEFINIDAS ASÍ:

1.1 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.

1.2 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.

1.3 FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL)

ETAPA FINAL DE ENFERMEDAD RENAL QUE SE MANIFIESTA POR UNA FALLA CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE AMBOS RIÑONES, CÓMO 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.

1.4 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.

1.5 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



Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.

Cra 7 No 74-21 Bogotá D.C. Colombia
PBX (571) 3192930 – FAX (571) 3454980

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.

1.6 CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIA (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.

1.7 TRANSPLANTE 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
- PULMÓN
- PÁNCREAS
- RIÑÓN
- HÍGADO
- MÉDULA ÓSEA
- ALGUNA COMBINACIÓN DE ÉSTOS, SIEMPRE QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO.

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, CÁNCER DE PRÓSTATA ETAPA CERO (0) O T1B, (TUMOR, NÓDULO, METÁSTASIS), CÁNCER IN SITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADO IN SITU), LOS

TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HOKGKIN, Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

2.3 LAS ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O PREEXISTENTES AL INICIO DEL SEGURO, DE LAS CUALES EL ASEGURADO TENGA CONOCIMIENTO AL MOMENTO DE TOMAR EL SEGURO.

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

3. EDADES

La edad mínima de ingreso a la póliza para este amparo es de doce (12) años y la edad máxima de ingreso es de sesenta y cuatro (64) años con permanencia hasta los sesenta y cinco (65) años.

4. RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de 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.

- 4.1.1 Documento de reclamación formal.
- 4.1.2 Diagnóstico médico
- 4.1.3 Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía
- 4.1.4 Historia clínica completa del afectado, especialmente de la enfermedad por la que se reclama

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de AURORA para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación.