

**SEGURO CANCER FEMENINO**  
**CONDICIONES PARTICULARES**

**NUMERO DE POLIZA**

**FECHA DE EMISIÓN:**

**ASEGURADO TITULAR**

**Nombre:**

Cedula de Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Edad al inicio de la Póliza:

Domicilio:

Envío de correspondencia a:

**CONTRATANTE:**

**PLAN**

Coberturas:

UCM)

Capital Asegurado:

Período de Carencia de Cáncer:

Período de Carencia de Chequeo:

Fecha de inicio de la vigencia:

Fecha de aniversario de la cobertura:

Renovable:

**SALUD MUJER**

Seguro de Cáncer Femenino

Segunda Opinión Médica (World Care)

Chequeo Ginecológico Completo (Cobertura

**PRIMA TOTAL A PAGAR**

Forma de pago de las primas: Tarjetas de Crédito Citi MasterCard y Citi Visa emitidas por Citibank N.A. Sucursal Uruguay.

Si el Asegurado dejara de ser titular de la tarjeta de crédito antes indicada a través de la cual efectúa el pago de las primas, deberá informar a la Compañía en un plazo máximo de 10 días contados a partir de la fecha en que deje de ser titular de la tarjeta de crédito antes mencionada la forma en que continuará abonando las primas. Vencido dicho plazo sin que el Asegurado hubiera manifestado la forma alternativa de pago, la cobertura se entenderá terminada de pleno derecho.

Moneda de Contrato:

Dólares Americanos

**BENEFICIARIOS**

**Agente:**

**CITIBANK N.A. SUCURSAL URUGUAY**

Domicilio de la Compañía Aseguradora: 18 de julio 1738 – Montevideo

## **BASES DEL SEGURO**

Este contrato de seguros, se celebra en consideración a la propuesta suscrita por el asegurado, la que se entiende forma parte integrante de la misma, y se regirá por lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza Principal, Condiciones Particulares y la Solicitud de seguro adjuntas a ésta.

En testimonio de lo cual ALICO Compañía de Seguros de Vida S.A., extiende la presente Póliza en **(FECHA)** Montevideo, Uruguay.

---

Gerente General

## SEGURO DE CANCER FEMENINO

### ARTÍCULO 1: LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes Contratantes se someten a las disposiciones del Código de Comercio Uruguayo en lo que respecta al Contrato de Seguros, y a las de la presente póliza en cuanto lo complementen o modifiquen en favor del Asegurado, siempre y cuando ello sea admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la solicitud del seguro.

### ARTÍCULO 2: COBERTURA.

La Compañía Aseguradora únicamente pagará el Capital Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares cuando al Asegurado le sea diagnosticado clínicamente por primera vez, después de finalizado el período de carencia y durante la vigencia del seguro, alguno de los cánceres primarios específicos enumerados a continuación, cuyas coberturas hayan sido expresamente contratadas y consignadas como tales en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Asegurado cumpla con lo dispuesto en el Art. 7:

- 1.- Cáncer del Cervix o Cuello Uterino.
- 2.- Cáncer de Mama.
- 3.- Cáncer del Endometrio Uterino.
- 4.- Cáncer de los ovarios.

### ARTÍCULO 3: DEFINICIONES:

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

Contratante: Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares.

Asegurado: Es la persona cubierta por la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares.

Fecha inicial de vigencia: Es la hora cero del día indicado en las Condiciones Particulares para el comienzo de la cobertura prevista en la póliza.

Fecha de emisión: Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares.

Edad inicial: Es la edad que a la fecha inicial de vigencia de la póliza tenga el Asegurado.

Edad para seguro: Es la edad al cumpleaños más próximo a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

Prima de la póliza: Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente a la Compañía Aseguradora para tener derecho a los beneficios de la póliza.

Cáncer: Es la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolados y la invasión y destrucción de tejidos en uno de los órganos femeninos específicos

(mamas, cerviz, ovarios o útero), el cual no es consecuencia directa de una metástasis o cáncer originado en otro órgano, tejido o parte del cuerpo.

El tumor original es denominado cáncer primario o tumor primario y es usualmente nombrado por la parte del cuerpo en el cual se origina.

El diagnóstico del cáncer deberá ser realizado por un médico oncólogo o patólogo, quien deberá confirmar a través de un informe por escrito la evidencia patológica de malignidad después realizar un estudio de arquitectura histocitológica o examinación de tejidos fijos.

**Metástasis:** Es la diseminación de un cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se diseminaron es denominado "tumor metastático" ó "metástasis". El tumor metastático contiene células que son similares a las del tumor original (primario).

**Condición Preexistente:** Significa una condición del Asegurado que implica padecer de un cáncer diagnosticado, cualquiera sea su naturaleza; encontrarse sujeto a un proceso de estudio de diagnóstico de cáncer, cualquiera sea su naturaleza; o estar o haber estado en tratamiento por cáncer, cualquiera sea la naturaleza de este último, a la fecha de contratación de la póliza.

#### **ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES.**

**Sin perjuicio de la exclusión de cualquier cáncer que no se ajuste a la definición de cobertura del Artículo Segundo de estas Condiciones Generales, este seguro no cubre, además, lo siguiente:**

- a. Tumores que presenten los cambios de malignidad del carcinoma in situ y tumores que son histológicamente descriptos como premalignos, o no invasivos. Incluyendo, a modo de ejemplo, sin limitación: Carcinoma in situ de mama y Displasia cervical CIN-1, CIN-2, y CIN-3.
- b. **El cáncer si el Asegurado tuvo o tiene al momento del diagnóstico, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)**
- c. **Condiciones Preexistentes, de acuerdo a lo especificado en el Art. 3 Definiciones.-**
- d. **Cáncer como consecuencia de riesgos nucleares o atómicos.**
- e. **Tratamiento médico y cirugía.**
- f. **Enfermedades causadas por SIDA o HIV positivo, incluyendo infecciones oportunistas tales como Sarcoma de Kaposi.**
- g. **Exámenes médicos de rutina.**
- h. **Cualquier enfermedad que no sea cáncer de mama, cervix, ovario o útero.**
- i. **Cualquier accidente.**
- j. **Cualquier cáncer diagnosticado antes que la póliza entre en vigencia o durante el período de carencia.**
- k. **Hiperqueratosis, cáncer de piel escamoso y basocelular, y melanomas de menos de 1,5 mm de grosor Breslow, ó, menor al nivel 3 de Clark, a menos que exista evidencia de metástasis.**

#### **ARTÍCULO 5: PERIODO DE CARENCIA.**

Existirá un período de carencia de 90 días corridos contados desde la fecha de vigencia de este seguro. La Compañía Aseguradora únicamente abonará el capital asegurado cuando el diagnóstico del cáncer se produzca después de transcurrido dicho periodo de carencia.

No se aplicará período de carencia en las renovaciones de este seguro.

## **ARTÍCULO 6: PERIODO DE SUPERVIVENCIA**

La Compañía Aseguradora únicamente abonará el capital asegurado contratado si el Asegurado sobrevive como mínimo 30 días contados a partir del diagnóstico escrito de la enfermedad cubierta bajo esta póliza, efectuado por un oncólogo o patólogo de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 3 de Definiciones.

Esto sin perjuicio de que el siniestro será indemnizable sólo si es aceptado por la Compañía Aseguradora.

## **ARTÍCULO 7: VIGENCIA.**

El plazo de vigencia de esta póliza será de doce (12) meses contados a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha inicial de vigencia.

## **ARTÍCULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO**

Esta póliza se emite según la declaración del Contratante y/o del Asegurado consignada en la respectiva solicitud, en el cuestionario relativo a la salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y/o el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el Contratante o por el Asegurado, según corresponda, aún hecha de buena fe que, a juicio de los peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

La Compañía Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud para el presente seguro. La Compañía Aseguradora debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo mencionado en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía Aseguradora tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar (tres años), la Compañía Aseguradora no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante y del Asegurado.

La Compañía Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia - excepción hecha si fuese dolosa - como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o el Asegurado después de los tres años de vigencia inicial del primer contrato suscrito con la Compañía. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de indisputabilidad de tres años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

## **ARTÍCULO 9: LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.**

Esta póliza será renovada automáticamente, al término de cada período de cobertura de doce (12) meses, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la Compañía Aseguradora, siendo dicha prima calculada a la tasa vigente al momento de la renovación y hasta la edad máxima del Asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

El Asegurado y la Compañía Aseguradora tienen derecho a no renovar la póliza a su correspondiente vencimiento anual comunicando esta voluntad por escrito a la otra parte con un preaviso de por lo menos 10 (diez) días hábiles.

## **ARTÍCULO 10: PAGO DE PRIMAS.**

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares.

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de gracia: La Compañía Aseguradora concede un plazo de gracia de 30 ( treinta días) contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima impaga, para el pago de las primas siguientes a la primera prima que corresponda abonar, cualquiera sea la forma de pago convenida. Si durante el transcurso de dicho plazo de gracia le fuere diagnosticado al Asegurado alguno de los cánceres cubiertos, la Compañía Aseguradora deducirá de la indemnización a liquidar la prima vencida y no abonada.

## **ARTÍCULO 11: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO.**

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista que figura en las Condiciones Particulares.

Si la moneda prevista no fuese la de curso legal en la República Oriental del Uruguay y como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central del Uruguay u otro organismo competente, fuera imposible la obtención de las divisas en el mercado, o si a la Compañía Aseguradora no le estuviere permitido mantener sus reservas o inversiones en la divisa pactada, o si por cualquier otra circunstancia, los pagos no se efectuasen en la moneda pactada, los mismos, en forma alternativa podrán realizarse de la siguiente forma:

1. Utilizando como pauta de conversión la cotización de un título público emitido por el Gobierno Nacional Uruguayo que cotice en la moneda del contrato en la Bolsa de Valores de Montevideo o, en su defecto, en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos. La elección del título público y del mercado será facultad del Contratante o del Asegurado, según corresponda, y deberá contar con la aprobación de la Compañía Aseguradora. Los pagos se efectuarán mediante la entrega de los títulos públicos utilizados como pauta de conversión.

2. Si no existieran títulos públicos emitidos por el Gobierno Nacional Uruguayo que cotizaran en la moneda del contrato, se efectuarán los pagos en moneda de curso legal en la República Oriental del Uruguay, de acuerdo con su cotización en la moneda del contrato del día hábil inmediato anterior al del pago, tipo comprador en el Mercado de Nueva York. Si allí no cotizara, se tomará la cotización en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos, a elección del Contratante o del Asegurado, según corresponda, con la aprobación de la Compañía Aseguradora.

### **ARTÍCULO 13: AVISO DE SINIESTRO.**

El Asegurado, o la persona a quien éste autorice, deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del siniestro dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del diagnóstico del cáncer cubierto.

Asimismo, el Asegurado o su autorizado, según corresponda, deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora, dentro de los 60 (sesenta) días siguientes a la fecha de notificación del siniestro a la Compañía Aseguradora, todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder; autorizar a la Compañía Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de éstos estará a cargo de la Compañía Aseguradora.

Asimismo, en caso de fallecimiento posterior al período de supervivencia, la Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones.

El cumplimiento extemporáneo de las obligaciones establecidas en este Artículo hará perder el derecho al beneficio establecido en las presentes Condiciones Generales, salvo en caso de impedimento por fuerza mayor. En este último caso, el plazo de presentación se extenderá por el tiempo que dure el impedimento.

### **ART. 14 - VALUACION POR PERITOS**

En caso de divergencia entre las partes respecto de la verificación del hecho cubierto bajo esta póliza, la misma será sometida a la decisión de peritos designados por las partes.

Cada una de las partes designará un médico de su confianza, dentro de los 8 (ocho) días siguientes a aquel en que una de las partes planteó la divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar un informe escrito dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su designación. En caso de divergencia entre el contenido de los informes de ambos médicos, dichos profesionales elegirán un tercer médico. El tercer médico designado deberá producir un informe por escrito en un plazo de 15 (quince) días contados desde su designación. El informe del tercer médico será decisivo.

Si una de las partes omitiera designar su médico, el médico designado por la otra parte procederá a la designación de otro médico.

Cada parte asumirá los honorarios y gastos del médico designado. En caso de designación de un tercer médico, los honorarios de éste serán abonados por la parte cuya posición sea desestimada por el dictamen de dicho profesional.

### **ARTÍCULO 15: CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR.**

La Compañía Aseguradora deberá realizar el pago del capital asegurado consignado en las Condiciones Particulares dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la recepción de toda la documentación e información exigida al Asegurado conforme lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 13.

En representación del Asegurado, podrá percibir el importe citado la persona que haya sido autorizada a tal fin por el mismo en su solicitud.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización prevista en esta póliza, será abonada a los herederos legales del mismo.

#### **ARTÍCULO 16: TÉRMINO DEL CONTRATO**

Esta póliza quedará sin efecto por las siguientes causas:

- a) El pago por parte de la Compañía Aseguradora del Capital Asegurado previsto en las Condiciones Particulares como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta póliza.
- b) Cuando el Asegurado cumpla 65 años de edad para seguro.
- c) Cuando al Asegurado se le diagnostique un cáncer distinto a aquellos cuya cobertura ha sido expresamente contratada en virtud de esta póliza. En estos casos la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas durante el año vigente. En caso de que la prima se hubiera pagado vencido el plazo de gracia previsto en el literal b) del Art.11 la prima será devuelta sin intereses en moneda corriente y al valor que tenga la moneda establecida en las Condiciones Particulares como moneda de pago, al día del pago de la prima.
- d) Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

#### **ARTÍCULO 17: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA**

En caso de término del contrato en virtud de la cláusula 16 literal d), el Contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Asegurado que acredite, a satisfacción de la Compañía Aseguradora, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

El período de carencia reiniciará automáticamente a partir de la fecha de rehabilitación-.

#### **ARTÍCULO 18: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES**

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, del Asegurado, o de los herederos, según el caso.

#### **ARTÍCULO 19: DOMICILIO**

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

#### **ARTÍCULO 20: JURISDICCION**

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, en caso de cualquier conflicto que se suscite en relación con la interpretación, cumplimiento o aplicación de la presente póliza



LOGO DE ALICO

### **CHEQUEO GINECOLOGICO COMPLETO**

Estimada Asegurada:

Como beneficio adicional a su póliza de Seguro de Cáncer Femenino, Usted podrá obtener un Chequeo Ginecológico Completo, indispensable para la mujer en todas las etapas de vida.

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en la mujer. A fin de poder detectar lesiones incipientes o, más aún, lesiones previas al desarrollo de la neoplasma, se recomienda que toda mujer se realice anualmente un Chequeo Ginecológico Completo, que consiste en un examen ginecológico completo (consulta con ginecólogo, papanicolau y colposcopia<sup>1</sup>).

Usted podrá realizarse el Chequeo Ginecológico Completo, a partir de los 120 días de la entrada en vigencia de su Seguro de Cáncer Femenino, y siempre que su póliza esté vigente a la fecha de la solicitud del Chequeo.

El Chequeo Ginecológico Completo es anual. Su costo está incluido en el Seguro de Cáncer Femenino por Ud. contratado, por lo que no deberá realizar ningún pago adicional por este concepto.

El Chequeo Ginecológico Completo será prestado por la Unidad Coronaria Móvil (UCM), o por otra institución médica designada por ALICO a estos efectos.

UCM cuenta con un departamento de ginecología montado especialmente para la atención de la mujer, con profesionales idóneos reconocidos en el sector. UCM brinda sus servicios en el mercado con altos parámetros de calidad desde hace 25 años.

El Chequeo Ginecológico Completo será realizado por UCM en cualquiera de sus policlínicas ubicadas en Montevideo y Ciudad de la Costa. A efectos de coordinar la realización de su Chequeo Ginecológico Completo, Usted deberá comunicarse telefónicamente al 487-3333, de lunes a viernes, en el horario de 8 a 20 hs. UCM efectuará la coordinación en un plazo máximo de 48hs.

ALICO Compañía de Seguros de Vida S.A.

---

<sup>1</sup> La colposcopia consiste en la observación del cuello uterino a través de un aparato especial: el colposcopio. Se recomienda este examen, únicamente cuando exista alguna alteración en el papanicolau o a juicio del ginecólogo, ante la visualización de cambios en el cuello uterino que ameriten un diagnóstico más preciso. El estudio es totalmente indoloro, sencillo y rápido

## **COBERTURA ADICIONAL WORLD CARE TELEMEDICINA - CONSULTAS**

El presente contrato adicional se adjunta a la Póliza de Cancer femenino correspondiente que en adelante se denominará "Póliza Básica"

El presente Contrato Adicional tiene como contraprestación el prepago de las primas en la cantidad y en la moneda establecida y en la misma fecha que las primas para la Póliza Básica. En contraprestación al pago de la prima tal como se estableciera anteriormente, y con sujeción a los términos y condiciones del presente Contrato Adicional, el Asegurado tendrá acceso a los Servicios brindados en virtud del mismo.

### **1. DEFINICIONES**

- 1.1 Asegurado es la persona nombrada más arriba como el destinatario de la Consulta dispuesta en virtud del presente Contrato.
- 1.2 Consulta(s) es(son) el(los) servicio(s) descrito(s) en la Sección 3, que figura posteriormente.
- 1.3. WorldCare Consortium es la red de especialistas clínicos y profesionales de la subespecialidad organizada por WorldCare International LTD para brindar Consultas a los Asegurados en virtud del presente Contrato Adicional.

### **2. CONDICIONES**

Las Condiciones Generales de la Póliza Básica se aplicarán a este Contrato Adicional a menos que ciertos artículos hayan sido sustituidos por artículos correspondientes. Además, los siguientes artículos de Condiciones Generales de Seguro de la Póliza Básica no se aplican al contexto del presente Contrato Adicional.

### **3. SERVICIOS**

3.1 El Asegurado tendrá derecho a las Consultas con sujeción a las disposiciones del presente Contrato Adicional. Las Consultas serán brindadas por especialistas clínicos o profesionales de la subespecialidad pertenecientes a WorldCare Consortium y tienen como objetivo proporcionar asistencia al Asegurado y al médico tratante en el diagnóstico y/o protocolos de tratamiento.

3.2 Una consulta consiste de:

- a) La evaluación por escrito realizada por un médico clínico o profesional de la subespecialidad apropiado perteneciente a WorldCare Consortium de la historia clínica y de toda la información complementaria sobre el diagnóstico, y si corresponde, la interpretación de tomografía computada, resonancia magnética de imágenes, rayos X, ultrasonido, otros estudios radiológicos, o estudios de anatomía patológica;
- b) Una Consulta de Seguimiento, en caso de ser necesaria. En el caso de que el asegurado solicitare informes adicionales sobre el diagnóstico o la consulta o si formulare preguntas adicionales dentro de los treinta (30) días posteriores a la entrega del primer Informe de la Consulta, guardando éstas relación con el mismo, dicha petición será procesada como una "Consulta de Seguimiento".
- c) Un diagnóstico y/o plan de tratamiento (si corresponde)
- d) Una entrevista, en caso de ser necesaria, entre el médico tratante del Asegurado y el especialista o profesional de la subespecialidad perteneciente a WorldCare.

Si se proporcionaren varios estudios de la misma región anatómica utilizando la misma modalidad, en relación con la misma patología, se realizará un diagnóstico para el estudio más reciente.

3.3 Todos los estudios, planes de tratamiento propuestos, información sobre el diagnóstico, resultados de pruebas, imágenes y otros informes médicos o información con respecto al estado de salud del Asegurado, que habrán de proporcionarse a WorldCare Consortium

como base para la Consulta, deberán serle proporcionados dentro de un plazo de treinta (30) días a los efectos de que sea posible considerarla una única Consulta. Toda solicitud o presentación de informes médicos, estudios, resultados de pruebas diagnósticas, datos, imágenes u otra información médica que se realice en forma separada o con posterioridad al plazo antes indicado, se considerará una solicitud de consulta adicional, independientemente de que se relacione con la misma patología.

- 3.4 Las Consultas del Asegurado estarán limitadas a un número máximo de dos por cada Período anual de Póliza; pudiéndose extender este límite a seis (6) Consultas durante la vida del Asegurado, siempre y cuando la presente póliza adicional esté en vigencia en el momento en que se solicite el servicio.
- 3.5 Es responsabilidad de WorldCare International LTD el procesamiento y envío de la información médica proporcionada por el Asegurado y/o el médico tratante, y el mantenimiento de la red de hospitales y especialistas y profesionales de la subespecialidad de WorldCare Consortium que brindarán los servicios derivados del presente Contrato Adicional.

#### **4. PATOLOGÍAS CUBIERTAS POR ESTE CONTRATO**

El asegurado tendrá derecho a realizar Consulta(s) por las siguientes patologías que sean agudas, complicadas y graves, incluyendo, pero sin limitación:

- 4.1 Cáncer
- 4.2 Ataque cardíaco
- 4.3 Enfermedad de la arteria coronaria que requiera cirugía
- 4.4 Apoplejía
- 4.5 Esclerosis múltiple
- 4.6 Insuficiencia renal
- 4.7 Coma
- 4.8 Trasplante de órganos principales
- 4.9 Parálisis
- 4.10 Quemaduras de entidad
- 4.11 Enfermedades neurodegenerativas
- 4.12 Toda amputación
- 4.13 Otras patologías similares que pongan en riesgo la vida

#### **5. EXCLUSIONES**

La(s) Consulta(s) no será(n) proporcionada(s) en virtud del presente Contrato Adicional en caso de patologías que sean causadas directa o indirectamente por:

- 5.1 Intento de suicidio en cualquier momento o heridas autoinfligidas o heridas causadas por terceros con el conocimiento del asegurado.
- 5.2 Abuso de drogas o alcohol.
- 5.3 SIDA, enfermedades asociadas al SIDA, enfermedades de transmisión sexual o si el asegurado es o se vuelve VIH positivo.
- 5.4 Contaminación radioactiva.
- 5.5 Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.
- 5.6 Anomalías congénitas o defectos de nacimiento que sean evidentes inmediatamente luego del nacimiento o potencialmente desencadenadas en una etapa posterior.

Las exclusiones enumeradas en la Póliza Básica que no se han incluido en la lista anterior se aplicarán a este Contrato Adicional.

#### **6. SOLICITUDES DE CONSULTA**

Las solicitudes de Consulta en virtud del presente Contrato Adicional serán realizadas por el Asegurado y/o su médico tratante contactando al representante de WorldCare en la dirección

indicada al Asegurado en el momento de la adquisición del presente Contrato Adicional. El representante de WorldCare indicará al Asegurado y/o a su médico tratante sobre los procedimientos a seguir y le informará sobre los documentos necesarios. El representante de WorldCare proporcionará todos los formularios necesarios para que el Asegurado realice la solicitud de Consulta en virtud del presente Contrato.

## **7. RENOVACIÓN Y PERÍODO DE GRACIA**

El presente Contrato Adicional es renovable anualmente en cualquier aniversario anual de la Póliza Básica, mediante el pago de la prima exigible por este Contrato Adicional al tipo de prima que esté en vigencia a la fecha de vencimiento de la prima.

El período de gracia permitido para el pago de cualquier prima adeudada será el mismo que el permitido en virtud de la Póliza Básica. Si al final del período de gracia no se hubiera efectuado el pago de cualquier prima exigible y pagadera sobre el presente Contrato Adicional, el mismo rescindirá y no habrán de realizarse otras Consultas en virtud de éste.

En el caso de que este Contrato adicional rescinda por la muerte del Asegurado dentro del período de gracia, toda prima vencida y adeudada, será deducida de cualquier suma pagadera en virtud de la Póliza Básica.

## **8. CESE DE LOS SERVICIOS**

El presente Contrato Adicional puede ser rescindido por el Asegurado o por ALICO en cualquier fecha de aniversario anual de la Póliza Básica.

El presente Contrato Adicional rescindirá automáticamente tras la muerte del Asegurado.

El presente Contrato Adicional rescindirá en la primera fecha en la que se compruebe la ocurrencia de los siguientes hechos:

8.1 Cuando el número de Consultas realizadas por el Asegurado totalice la cantidad de 6 (seis).

8.2 Si no se efectuare el pago de cualquier prima adeudada por este Contrato Adicional al vencimiento o dentro del período de gracia.

8.3 Tras la rescisión, por cualquier causa, de la Póliza Básica o tras la conversión de la Póliza Básica a un seguro liberado o reducido o a un seguro temporal extendido.

8.4 En la fecha de aniversario de la póliza posterior a la fecha en la que el Asegurado alcanza la edad de 65 años.

8.5 El aniversario de la póliza posterior a la fecha de recibo de la solicitud de parte del propietario de la Póliza para la cancelación de esta Póliza adicional. La solicitud de Cancelación debe ser presentada por escrito en las oficinas de ALICO.

8.6 Tras el cambio de país de residencia del Asegurado.

En el caso de que este Contrato Adicional rescindiere previamente a la Póliza Básica, se deducirá de la prima periódica facturada, la parte de la prima que correspondiere a este Contrato Adicional.

El pago de cualquier prima luego de la rescisión del presente Contrato Adicional no otorgará de ningún modo derecho a las Consultas en virtud del presente Contrato. En tal caso, cualquier prima pagada será devuelta al Asegurado.

Los Servicios proporcionados en virtud del presente Contrato Adicional son brindados por WorldCare International LTD y comercializados por ALICO. La prestación de los servicios son única y entera responsabilidad de WorldCare International LTD. No podrá responsabilizarse a ALICO por ningún error u omisión en la provisión de uno o más Servicios dispuestos en virtud del presente Contrato por parte de WorldCare.