



15/04/2011 Santa Rosa, La Pampa.

## Drogas Oncológicas

### **Cláusula Anexa incorporada al Seguro de Alta Complejidad Quirúrgica.**

A partir del corriente mes de abril se ha efectuado la contratación de una cláusula complementaria a la Póliza de Alta Complejidad Quirúrgica, con la finalidad de brindar cobertura a los afiliados en lo referente a drogas oncológicas.

A través de la mencionada cláusula se cubren los gastos a cargo del afiliado en los tratamientos oncológicos a causa de cáncer, no cubiertos íntegramente por su obra social.

El monto de la cobertura es hasta la suma de \$ 15.000 mensuales y un plazo máximo de doce (12) meses.

Es importante subrayar que la Cláusula Anexa Drogas Oncológicas tiene un período de carencia de **noventa (90) días** a contar desde su contratación o del alta del asegurado en la póliza, si esta se produjera con posterioridad.

En consecuencia, este nuevo beneficio cubre los tratamientos oncológicos derivados de enfermedad diagnosticada noventa (90) días después de la contratación del seguro.

Para que el afiliado tenga un cabal conocimiento de los alcances de esta cobertura, se consigna a continuación el texto completo de la cláusula complementaria.

#### **CLAUSULA ANEXA**

### **DROGAS ONCOLÓGICAS**

Esta Cláusula complementa las Condiciones Generales de la póliza a que está adherida, quedando por lo tanto sujeta a todos los términos y condiciones de póliza que no se opongan a la presente.

#### **1º) RIESGO CUBIERTO**

La presente Cláusula Anexa tiene por objeto cubrir los gastos realizados en concepto de drogas oncológicas cuando el Asegurado deba ser sometido a tratamientos a causa de cáncer, diagnosticado éste durante la vigencia de la póliza, y una vez transcurridos los plazos de espera especificados más adelante.

Se definirá el término "cáncer" a los efectos de esta póliza como: leucemia, mal de Hodgkin, tumores malignos o cualquier otra forma de malignidad diagnosticada positivamente como cáncer exclusivamente por un médico. Las condiciones pre malignas o las condiciones con potencial maligno no serán interpretadas como cáncer a los efectos de esta póliza. Dicho diagnóstico debe basarse en un examen microscópico de tejido o preparación desde el sistema hemático (ya sea durante la vida o post-mortem) realizadas por un patólogo calificado.

#### **2º) BENEFICIO**

La prestación comprometida por la Aseguradora consiste en el reembolso al Asegurado, dentro del plazo fijado por el artículo 49, segundo párrafo, de la Ley de Seguros 17.418 y una vez verificado el riesgo cubierto bajo esta Cláusula Anexa.

El beneficio consiste en reembolsar al Asegurado los gastos incurridos en concepto de drogas oncológicas según protocolos nacionales para Oncología y precios del Manual Kayros venta al público menos 30%, con un tope máximo por año indicado en Condiciones Particulares y hasta un plazo máximo también



# Novedades de la Caja Forense

35 Años  
de solidaridad  
con equidad

15/04/2011 Santa Rosa, La Pampa.

indicado en Condiciones Particulares, mientras el Asegurado esté con vida y padezca la enfermedad.

El pago cesará en el momento de producirse el fallecimiento del asegurado, en el caso de que el mismo experimente la curación, no se justifique el tratamiento o se produzcan efectos secundarios que contraindiquen el uso.

El Asegurado tendrá derecho a dicho importe en los siguientes casos:

a.- Por accidente ocurrido después de la fecha de incorporación del Asegurado a la presente Cláusula Anexa.

b.- Enfermedad diagnosticada después de (90) días de la fecha de incorporación del Asegurado a la presente Cláusula Anexa. No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un tratamiento por cáncer futuro. Sólo se cubren las preexistencias desconocidas, nunca tratadas ni diagnosticadas.

Lo reembolsos que tuvieren lugar serán abonados al Asegurado.

La Aseguradora abonará los reembolsos en moneda de curso legal salvo pacto en contrario, en cuyo caso se ajustará a las normas que para el pago en moneda extranjera rija en el momento de la liquidación de cualquier reembolso. Se establece un período de carencia de 90 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión del Certificado Individual en la misma, según corresponda.

### 3°) CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga esta Cláusula Anexa es adicional e independiente de los previstos en la póliza.

### 4°) ELECCION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

1.- La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica Instituto, Policlínico, etc) quedará librada a la voluntad del Asegurado; se requerirá que dichos establecimientos y sus profesionales se hallen legalmente autorizados, posean servicio de atención al paciente durante las veinticuatro (24) horas del día y estén equipados para cirugía menor y mayor.

2.- Siendo éste un seguro que reembolsa gastos efectuados para hacer frente a riesgos que puedan afectar la salud y/o la vida de las personas, la Aseguradora no asume responsabilidad alguna por daños y perjuicios producidos por todos y cada uno de los intervinientes con motivo del o los tratamientos por cáncer a los que debiera someterse el Asegurado.

### 5°) MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE COBERTURA

En cada aniversario de la Póliza, en el que se renueve asimismo la cobertura brindada por esta Cláusula Anexa, los beneficios cubiertos por el riesgo de cáncer y las primas correspondientes variarán en función a la tarifa vigente del Asegurador.

La Aseguradora informará al Asegurado Titular las nuevas condiciones con una anticipación no menor de treinta (30) días.

Si después de la entrada en vigencia de la presente cobertura o del ajuste automático previsto en éste artículo se acordara un aumento en el monto de las coberturas aseguradas o alguna extensión de coberturas del seguro a miembros de familia, tales aumentos o extensiones estarán sujetas a los plazos de espera, salvo pacto en contrario, y sin perjuicio de lo dispuesto en el art. 13°) de las Condiciones Generales.

### 6°) SOLICITUD Y PAGO DE BENEFICIOS



# Novedades de la Caja Forense

35 Años  
de solidaridad  
con equidad

15/04/2011 Santa Rosa, La Pampa.

a) El Asegurado o sus representantes deben presentar a la Aseguradora, dentro de los 15 días de la fecha de iniciado el tratamiento, un informe escrito con el diagnóstico de un especialista acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos o de laboratorio. En todos los casos el diagnóstico deberá ser fehaciente y confirmado por un informe anátomo-patológico emanado de un especialista legalmente habilitado.

La omisión o la demora en tal comunicación darán lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el reembolso, salvo casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

b) Corresponde al Asegurado, o sus representantes, si así lo requiriera la Aseguradora, suministrar las siguientes piezas:

b.1. certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento realizado al Asegurado.

b.2. historias clínicas, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por establecimientos asistenciales legalmente autorizados.

b.3. original o copia certificada de la factura emitida con motivo de los servicios dispensados al Asegurado.

c) Asimismo, la Aseguradora podrá efectuar todas las comprobaciones necesarias para verificar la producción del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo.

En este sentido corresponde al Asegurado y al Tomador:

c.1. prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora.

c.2. relevar del secreto médico y autorizar expresamente a su médico asistente y a los establecimientos asistenciales donde fuera atendido, para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta Cláusula Anexa. La Aseguradora se compromete

a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención del pago previsto en esta Cláusula Anexa, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

## 7º) RIESGOS NO CUBIERTOS

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no reembolsará los tratamientos a causa de diagnóstico de cáncer que sean consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a. Enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un tratamiento por cáncer futuro. Sólo se cubren las preexistencias desconocidas, nunca tratadas ni diagnosticadas.

b. Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un tratamiento por cáncer se produce durante el período de carencia de 90 días a contar desde la fecha de comienzo del seguro.

c. Cánceres no invasivos "IN SITU", cáncer de piel (salvo melanoma maligno).

## 8º) AMBITO GEOGRAFICO DE LA COBERTURA

Los tratamientos por diagnóstico de cáncer deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluido cualquier reembolso por tratamiento por diagnóstico de cáncer que no cumpla con estos requisitos.

## 9º) TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Cláusula Anexa,



# Novedades de la Caja Forense

35 Años  
de solidaridad  
con equidad

15/04/2011 Santa Rosa, La Pampa.

cesará, para cada Certificado, en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula.
- b) Al caducar la póliza y/o Certificado Individual por cualquier causa.
- c) Al dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Contratante.
- d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad fijada en las Condiciones Particulares o 21 años en caso de los hijos menores del Asegurado Principal, salvo que estos últimos optaren por continuar con un nuevo seguro.

Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las extraprimas no vencidas correspondientes a esta Cláusula Anexa.

En lo relativo a los incisos c) y d), se prevé la devolución de la fracción de prima no consumida.

## ANEXO 1 DE LA CLÁUSULA ANEXA "I"

### RIESGOS NO CUBIERTOS

(Punto 7º- Cláusula Anexa Drogas oncológicas)

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no reembolsará los tratamientos a causa de diagnóstico de cáncer que sean consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a. Enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un tratamiento por cáncer futura. Sólo se cubren las preexistencias desconocidas, nunca tratadas ni diagnosticadas.
- b. Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un tratamiento por cáncer se produce durante el período de carencia de 90

días a contar desde la fecha de comienzo del seguro.

c. Cánceres no invasivos "IN SITU", cáncer de piel (salvo melanoma maligno).

### TOPE MAXIMO DE INDEMNIZACION:

**\$15.000 mensuales.**

**PLAZO MÁXIMO: 12 MESES.**