



Seguro Falabella – Hospitalización

Condiciones Generales

Índice

Introducción

1. Definiciones
2. Cobertura
3. Condiciones para ser Asegurado
4. Beneficio Máximo Anual por Asegurado
- 5. Exclusiones**
- 6. Renovación Automática**
7. Terminación del Contrato de Seguro
- 8. Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**
9. Beneficiarios
10. Otras Disposiciones
11. Cláusulas Adicionales

Introducción

De conformidad con las declaraciones del ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de Contratación comunes a los Seguros de Asistencia Médica, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza, Chubb Seguros Perú S.A., en adelante LA COMPAÑÍA, conviene en amparar al ASEGURADO, contra los riesgos que son objeto de cobertura por la presente Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Asegurado Titular: Titular de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella.

Condición Médica Preexistente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

No se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro o plan de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica o plan de seguro diferente.

Deporte peligroso: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican. (Aplicable para las coberturas adicionales de muerte accidental y muerte accidental por terremoto, de ser el caso).

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia del Certificado de Seguro.

Hospitalización: Internamiento de una persona en una institución hospitalaria como paciente interno por un periodo mínimo de 24 horas continuas bajo la supervisión de un médico autorizado.

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.**

Lesión Accidental: Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta Póliza.

Ocupación o Actividad de Riesgo: Todo quehacer o trabajo practicado en forma diaria o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona. (Aplicable para las coberturas adicionales de muerte accidental y muerte accidental por terremoto, de ser el caso)

Paciente Interno: Persona cuyo ingreso a una institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico, con la finalidad de prestarle atención médica en relación a una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta póliza.

Renta Hospitalaria: Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas continuas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° Cobertura

La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en las Condiciones Particulares por cada día de 24 horas continuas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad o accidente haya sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. **No aplica cuando el ASEGURADO se encuentre hospitalizado en cuidados intensivos.**

Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.

Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en caso de renovación de la Póliza. Si la póliza termina su vigencia y no es renovada y la hospitalización del ASEGURADO continúa, no habrá interrupción de la cobertura.

Artículo 3° Condiciones para ser Asegurado

Podrá asegurarse bajo este seguro el Titular de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella que sea mayor de 18 años y menor de 65 años de edad, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días, salvo que, a dicha edad, el ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva, en este caso, el ASEGURADO a su libre elección tendrá derecho a continuar renovando los contratos indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas anteriormente.

Asimismo, se podrán asegurar el cónyuge mayor de 18 años y menor de 65 años de edad, y todos los hijos(as) solteros(as), sean éstos legalmente reconocidos o adoptados por el ASEGURADO Titular, incluyendo hijastros(as), desde los 0 años. El cónyuge puede permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días, salvo que, a dicha edad, el ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva.

Artículo 4° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

Beneficio por día de hospitalización hasta un máximo de 365 días por año. Cada año, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El ASEGURADO no podrá tener contratado más de un seguro de este producto. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una cobertura de este seguro LA COMPAÑÍA considerará que dicho ASEGURADO está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor Beneficio. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, LA COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso LA COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 5° Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, consciente y voluntario.**
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- c) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia del Certificado de Seguro.**
- d) Curas de Reposo.**
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.**
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.**
- g) Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como preexistentes las definidas en el artículo de Definiciones. No se consideran preexistentes aquellas enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de seguro idéntica a la presente póliza en la COMPAÑÍA o en otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
- h) Exámenes médicos de rutina.**
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**

l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

Artículo 6° Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza.

No se emitirá una nueva Póliza ya que la existente constituye evidencia de la validez de la cobertura, salvo que la COMPAÑÍA renueve la Póliza en condiciones distintas a las de la cobertura anterior, por haberse modificado de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales.

Artículo 7° Terminación del Contrato de Seguro

El seguro con respecto a un ASEGURADO terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia, salvo que, a dicha fecha el ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutivas.
- b) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, sin que ésta se haya renovado.
- c) La cancelación de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella del ASEGURADO Titular a la cual se cargan las primas correspondientes.

Efectos sobre las primas

La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y tiene obligación de devolverla en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado.

Mas alcances sobre los efectos de la resolución del contrato se encuentran señalados en el artículo sobre RESOLUCION DEL CONTRATO DE SEGURO contenido en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los seguros de asistencia médica.

Artículo 8° Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

8.1 Aviso de Siniestros: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO deberá comunicarse a LA COMPAÑÍA o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro o de haber tomado conocimiento del beneficio.

8.2 Documentos: Toda hospitalización derivada de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta póliza, se indemnizará en base a los originales o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada, de:

- **Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización.**
- **Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.**
- **Resultados de exámenes o procedimientos médicos que le hayan sido practicados al ASEGURADO durante su hospitalización.**
- **Documento de identidad del ASEGURADO.**

8.3 Cooperación: En caso de una solicitud de cobertura en virtud de la presente Póliza, el ASEGURADO no sólo procederá a dar aviso a la COMPAÑÍA, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la enfermedad o lesión que motivó la hospitalización. El ASEGURADO

está obligado a entregar a la COMPAÑÍA todos los recibos, facturas, resultados de exámenes y cualquier otro documento que la COMPAÑÍA considere necesario exigir con referencia a una solicitud de cobertura, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros 20 días del plazo de 30 días que tiene la COMPAÑÍA para aceptar o rechazar el siniestro.

Igualmente el ASEGURADO autoriza para que todos los médicos que lo estén atendiendo o hubiesen atendido le proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con su estado de salud. La COMPAÑÍA, a su propio costo, tendrá derecho a examinar por sus médicos a cualquier ASEGURADO inscrito en la presente póliza, y el mismo se obliga a someterse a dichos exámenes, haya habido una solicitud de cobertura o no.

8.4 Pago de la Indemnización: La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, o a sus herederos legales si éste hubiese fallecido antes del pago, según las condiciones de la póliza, el monto establecido como Renta Hospitalaria por cada día de hospitalización hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes contados a partir de la fecha de quedar consentido el siniestro, lo que sucederá a más tardar dentro de los treinta (30) días calendarios de haber recibido la totalidad de los documentos que debe presentar con su solicitud de cobertura, si no media rechazo de la COMPAÑÍA. El pago se efectuará una sola vez al final del periodo de hospitalización, sin considerar periodo de convalecencia. La COMPAÑÍA queda automáticamente autorizada para descontar de la indemnización del siniestro las primas vencidas e impagas a la fecha de indemnización, a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO correspondiente a la cobertura corrida.

Artículo 9° Beneficiarios

Serán beneficiarios de este seguro los mismos ASEGURADOS que requieran internamiento en una institución hospitalaria. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.

Artículo 10° Otras Disposiciones

11.1 Atención y cuidado médico diario

La Renta Hospitalaria no se pagará si el ASEGURADO no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, a quien buscó de manera voluntaria y con conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o de las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

11.2 Periodo de indemnización

La Renta Hospitalaria será computada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un período que no exceda de los 365 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una lesión accidental o de una enfermedad.

11.3 Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su Certificado de Seguro esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este seguro y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior. En este caso, se considerará que la última hospitalización ha sido resultado de la misma Lesión, con el propósito de determinar el período máximo de indemnización y el beneficio máximo anual pagadero bajo esta Póliza.

Se consideran como hospitalizaciones separadas aquellas separadas por un periodo de doce (12) meses o más, con el propósito de determinar el beneficio máximo anual pagadero con arreglo a esta Póliza.

El cálculo de los doce meses se hará desde la fecha de ingreso de la primera hospitalización hasta la fecha de ingreso de la siguiente hospitalización.

Artículo 11° Cláusulas Adicionales

Muerte Accidental

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Cobertura Principal lo sea y esté vigente.

Artículo 1° Descripción de la Cobertura

Producido un accidente cubierto por el presente seguro y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de un año de producido el accidente, la COMPAÑÍA pagará por las siguientes coberturas:

- a) **Muerte Accidental: La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada si el ASEGURADO fallece a consecuencia de un accidente cubierto por el presente seguro. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.**

Artículo 2° Exclusiones

Queda excluido de cobertura el fallecimiento o incapacidad total permanente o lesiones que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, consciente y voluntario.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos relacionados con la seguridad de las personas; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el BENEFICIARIO o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes BENEFICIARIOS o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al BENEFICIARIO excluido.
- f) Viajes aeronáuticos que haga el Asegurado en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro. No se consideran preexistentes aquellas lesiones por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de seguro idéntica a la presente póliza en la COMPAÑÍA o en otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza

- i) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaídas, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- j) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, ser bombero, miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Esta póliza se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. El dosaje étílico será exigible cuando el ASEGURADO era la persona que manejaba, de no ser así se le realizarán los exámenes toxicológicos pertinentes.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

Artículo 3° Terminación del Seguro

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

Artículo 4° Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS deberá(n) comunicarlo a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso, de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor.

Presentación de Documentos: El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a) Partida o Acta de Defunción;
- b) Certificado Médico de Defunción completo;
- c) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS o herederos legales;
- d) Copia del Atestado Policial completo;
- e) Protocolo de Necropsia;
- f) Resultado de Dosaje Étílico; y
- g) Resultado de Análisis Toxicológico.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Artículo 5° Pago de Beneficios

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar a los beneficiarios la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. (numeral 8.4 del artículo 8°).

Muerte Accidental por Terremoto

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Cobertura Principal lo sea y esté vigente

Artículo 1° Definiciones

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

Terremoto.- Sismo de magnitud igual o mayor a 7.0 según la escala sismológica de Richter. Dicha magnitud deberá ser determinada por una entidad oficial del país en el cual ocurra el evento.

Artículo 2° Descripción de la Cobertura

En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente causado por un terremoto ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que el terremoto haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional.

Esta cobertura cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

Se cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

Artículo 3° Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza el fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de cualquier evento / suceso causado por un tercero o por negligencia del mismo ASEGURADO.

Artículo 4° Terminación de la Cobertura

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

Artículo 5° Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS deberá(n) comunicarlo a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor.

Presentación de Documentos: El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada):

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a) Partida o Acta de Defunción;
- b) Certificado Médico de Defunción completo;
- c) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS o herederos legales;
- d) Copia Certificada del Atestado Policial completo;
- e) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;
- f) Resultado de Dosaje Etílico, en caso corresponda; y
- g) Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Artículo 6° Pago de Beneficios

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar a los beneficiarios la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. (numeral 8.4 del artículo 8°).

Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y registrará mientras la Cobertura Principal lo sea y esté vigente

Artículo 1° Definiciones

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:
Convalecencia.- **Período de recuperación de la salud prescrito por un médico, posterior a la ocurrencia de un accidente y/o enfermedad que requirió tratamiento médico hospitalario y durante el cual la persona deba permanecer en reposo.**

Artículo 2° Descripción de la Cobertura

Si el Asegurado hubiese estado internado por más de 24 horas continuas en una institución hospitalaria a consecuencia de un accidente o enfermedad y a su salida deba obligatoriamente guardar reposo por prescripción médica para su recuperación, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada por un máximo de 5 (cinco) días al año. El monto a indemnizar estará estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza. El número de eventos al año estará sujeto al máximo de días que otorga esta cobertura.

Esta cobertura sólo se activará cuando la cobertura principal de Renta Hospitalaria haya sido utilizada.

Artículo 3° Exclusiones

Rigen para la presente cobertura todas las Exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la cobertura principal.

Artículo 4° Terminación de la Cobertura

La cobertura otorgada por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que sean indemnizados el máximo de días indicado en el artículo 2 de la presente cláusula.

Artículo 5° Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

Aviso de Siniestros: Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta póliza, deberá comunicarse por escrito a LA COMPAÑÍA o por cualquiera de los medios de comunicación pactados dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de origen del acontecimiento que da lugar a las indemnizaciones cubierta por este seguro o de haber tomado conocimiento del beneficio.

En caso de convalecencia del ASEGURADO se deberá cumplir con presentar los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):

- Documento de identidad del ASEGURADO.
- Certificado médico emitido por la misma institución hospitalaria que emitió el documento que certifica la hospitalización de la persona asegurada en el cual se prescriba descanso médico para la recuperación del asegurado.

Renta Hospitalaria por Accidente y Enfermedad En Cuidados Intensivos

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y registrará mientras la Cobertura Principal lo sea y esté vigente.

Artículo 1° Definiciones

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros

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.

Artículo 2° Cobertura

La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en las Condiciones Particulares por cada 24 horas continuas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos, hasta un máximo de 90 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad o accidente haya sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.

Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.

Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los 180 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho período, en caso de

renovación de la Póliza, precisándose que la cobertura sí se otorgará en caso de que ocurra otra enfermedad o accidente.

Artículo 3° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

LA COMPAÑÍA pagará por cada día de hospitalización el beneficio indicado en las Condiciones Particulares, hasta un máximo de 180 días por año por ASEGURADO. Al término de cada año de vigencia del seguro, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO. Los pagos que se efectúen por concepto de cualquier cobertura adicional, no disminuyen el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO por esta cobertura.

Artículo 4° Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia del Certificado de Seguro.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas pre-existentes. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

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

Artículo 6° Beneficiarios

Serán beneficiarios de esta cobertura los mismos ASEGURADOS que requieran internamiento en una institución hospitalaria. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.

Artículo 7° Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

7.1 **Aviso de Siniestros:** Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, deberá comunicarse a LA COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos que origine una indemnización cubierta por esta cláusula Adicional o desde que se tuvo conocimiento del beneficio.

7.2 **Documentos:** Toda hospitalización derivada de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta póliza, se indemnizará en base a los originales o copias legalizadas de:

- Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización en UCI.
- Documento de identidad del ASEGURADO.

Artículo 8° Otras Disposiciones

8.1 Atención y cuidado médico diario

La Renta Hospitalaria no se pagará si el ASEGURADO no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

8.2 Periodo de indemnización

La Renta Hospitalaria será computada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria en (UCI) por un período que no exceda los 180 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental.

8.3 Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su seguro esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este seguro y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior. En este caso, se considerará que la última hospitalización ha ocurrido durante el mismo período de Enfermedad, o ha sido resultado de la misma Lesión, con el propósito de determinar el período máximo de indemnización y el beneficio máximo anual pagadero bajo esta Cláusula Adicional.

Se consideran como hospitalizaciones separadas aquellas separadas por un periodo de doce (12) meses o más, con el propósito de determinar el beneficio máximo anual pagadero con arreglo a esta Cláusula Adicional.

El cálculo de los doce meses se hará desde la fecha de ingreso de la primera hospitalización hasta la fecha de ingreso de la siguiente hospitalización.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras la cobertura principal esté vigente.

Artículo 1° Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Lesión Pre-existente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

Artículo 2° Descripción de la Cobertura

En caso el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que éste haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, tratándose de un Seguro Grupal, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite señalado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, tratándose de un Seguro Grupal.

El seguro cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Artículo 3° Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar el seguro.

- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- j) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) Bajo la influencia de drogas, estupefacientes y/o alcohol, en este último caso en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente. Esta exclusión no está referida exclusivamente a accidentes de tránsito.

Artículo 4° Terminación del Seguro

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional 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

- a) **Aviso del siniestro:** 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, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible. El plazo descrito es aplicable únicamente al aviso del siniestro. No se aplicará el derecho de reducción a la indemnización que tiene la COMPAÑÍA en caso de aviso extemporáneo.
- b) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o 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:
 - Documento de identidad del ASEGURADO;
 - Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
 - Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables;
 - En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico; y
 - Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario, además y sin perjuicio de los mencionados, así como aclaraciones o precisiones adicionales que sean necesarias para la evaluación del siniestro correspondiente, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Artículo 6° Beneficiarios

Serán beneficiarios de la cobertura que se brinda por esta Cláusula Adicional los mismos ASEGURADOS que requieran el reembolso de los gastos médicos incurridos a consecuencia de un accidente. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la entrega de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.