

POLIZA DE SEGURO DE SUBSIDIO DE HOSPITALIZACION

CONDICIONES GENERALES

CONVENIO DE SEGUROS

La Compañía cuyo nombre y firma aparecen en las Condiciones Particulares, pagará el beneficio diario expresado en las mismas, siempre y cuando el Asegurado esté necesariamente hospitalizado para recibir tratamiento y/o intervención quirúrgica como consecuencia de cualquier accidente o enfermedad cubierto por la presente Póliza.

El beneficio diario empezará a partir del día de admisión del Asegurado en el hospital y cesará el día en que el Asegurado sea dado de alta. Dicho beneficio será abonado durante un periodo máximo de 400 días consecutivos. Los periodos sucesivos posteriores de internamiento clínico, debido a la misma causa anteriormente indemnizado, o que tenga relación con ella, serán así mismo indemnizados, pero bajo la consideración de un solo accidente o enfermedad, a menos que el nuevo internamiento se produzca con posterioridad a seis meses desde que el Asegurado fue dado de alta del establecimiento sanitario.

Esta Póliza garantiza únicamente prestaciones, en la forma y cuantía que en la misma se establecen, sin que, por lo tanto, tenga que guardar relación alguna con el costo de la asistencia sanitaria que se utilice. La persona que reciba los beneficios, puede darles el destino que estime conveniente.

Cuando una mujer es internada en un hospital por parto, esto no se considera enfermedad, porque es un proceso natural y normal, pero si sobrevienen complicaciones posteriores al parto que necesiten días adicionales en el hospital, la Compañía pagará estos días adicionales, previa la justificación correspondiente.

El Asegurado queda en libertad para acudir al centro asistencial que estime oportuno para su debida asistencia en cualquier lugar del mundo.

EXCLUSIONES:

Se encuentran excluidos del presente contrato, los accidentes o enfermedades que resulten directa o indirectamente de las siguientes causas:

- a) Enfermedades, lesione orgánicas o trastornos funcionales, preexistentes.
- b) Aborto provocado y todas sus consecuencias ginecológicas.
- c) Enfermedades y/o accidentes originados por radiación o reacción nuclear o contaminación radioactiva, siempre que no sean debidos a tratamiento médico.
- d) Exámenes médicos periódicos o de control.
- e) Operaciones de cirugía estética, excepto las necesarias como resultado de un accidente.
- f) Enfermedades nerviosas o mentales y trastornos relacionados con ellas. Suicidio, intento de suicidio y casos provocados intencionalmente por el Asegurado, tanto en estado mental equilibrado, como durante trastorno mental.
- g) Anomalías congénitas y trastornos derivados o relacionados con las mismas.
- h) Curas de sueño, de reposo, de alcoholismo o de toxicomanías.
- i) Deportes con carácter profesional, practica de boxeo, incluso amateur, participación en carreras o apuestas.

- j) Imprudencias o negligencias graves apreciadas judicialmente.
- k) Tumultos populares, insurrección o guerra, aún cuando no haya sido declarada.
- l) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

DEFINICIONES:

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

COMPAÑÍA: La Compañía de Seguros nombrada en las Condiciones Particulares.

CONTRATANTE: La persona natural o jurídica que contrata este seguro con la Compañía.

ASEGURADO: La persona o personas sobre las que recae el efecto o cobertura de seguro. El seguro bajo este contrato cesará automática e inmediatamente al cumplir el Asegurado los 60 años de edad. Salvo convenio por escrito con la Compañía. Las edades de 60 a 65 años solo serán renovables con una franquicia de ocho días de internamiento.

BENEFICIARIO: La persona nombrada en las Condiciones Particulares para recibir el subsidio, en caso de muerte o incapacidad del Asegurado. Si no hay beneficiario nombrado, los beneficios serán pagados a los herederos legales del Asegurado. En los demás casos, los beneficios de esta Póliza serán pagados al Asegurado.

ACCIDENTE: La lesión corporal sobrevenida al Asegurado independientemente de su voluntad y debido a causa fortuita, momentánea, externa y violenta, que ocurra durante el período de vigencia de esta Póliza.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud del Asegurado, diagnosticada y confirmada por un médico colegiado, que principie después de la fecha de entrada en vigor la Póliza.

HOSPITAL.: Los establecimientos públicos o privados, gratuitos o de pago, legalmente autorizados por las Autoridades Sanitarias del país en el que se produzca la hospitalización, para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas como pacientes internos, y con facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía mayor, para prestación de servicios médicos por médicos y cirujanos legalmente autorizados y de enfermeras o enfermeros graduados, con excepción de los destinados a la cura de enfermedades reumáticas, asilos de ancianos, rehabilitación de adictos, colonias de lepras, sanatorios y similares.

DISPOSICIONES

1. Sirve de base al presente contrato la solicitud de seguro con las declaraciones formuladas por el Contratante, las cuales forman parte integrante del mismo. Cualquier alteración ulterior relacionada con el seguro, deberá ser comunicada por el Contratante a la Compañía por escrito, no teniendo validez hasta tanto no haya sido aceptada por la Compañía.
2. Cualquier reticencia, omisión o falsa declaración hecha en la solicitud de seguro o durante la vigencia de la presente Póliza que haya influido en la estimación del riesgo, vician de nulidad relativa este contrato; Quedando la Compañía autorizada a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.
3. Las comunicaciones que el contratante y/o Asegurado hayan de cursar a la Compañía deberán ser por escrito y dirigidas al domicilio de ésta. La Compañía por su parte al dirigirse al Asegurado y/o Contratante lo hará también por escrito y siempre al último domicilio de éste por ella conocido. En consecuencia, el Asegurado y/o Contratante debe comunicar a la Compañía sus cambios de domicilio, soportando de no hacerlo así, los perjuicios que pueda irrogarle el no recibir oportunamente las comunicaciones que la Compañía le dirija.

4. El seguro entra en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza siempre y cuando esté firmada por ambas partes y el Contratante haya satisfecho la prima correspondiente, incluyendo impuestos y contribuciones adicionales establecidos legalmente.

Las primas sucesivas deben pagarse al contado en el día y mes de su vencimiento o a más tardar, dentro de los treinta días siguientes: caso contrario, terminará la responsabilidad de la Compañía.

La Póliza puede ser renovada a opción de la Compañía y del Contratante, pero si un asegurado se halla hospitalizado en la fecha de terminación del seguro, el Asegurado disfrutará de los beneficios de la Póliza hasta su salida del hospital o hasta el pago o beneficio máximo a que tenga derecho, lo que ocurra primero.

5. Durante la vigencia del presente contrato, el contratante podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el seguro en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación al Contratante en su último domicilio conocido por la Compañía con antelación no menor a quince días y, si no pudiere determinar el domicilio del Contratante, la revocación del contrato será notificada mediante tres avisos en el periodo de mayor circulación en la ciudad en que tenga su domicilio la Compañía, con intercalo de tres días entre cada publicación: en este caso, queda obligada a devolver al contratante la parte de prima en proporción al tiempo no corrido a prorrata. La notificación de la rescisión del Contrato no perjudica en nada los derechos del Contratante con respecto a un accidente o enfermedad que empezó antes de la rescisión.
6. La Póliza queda automáticamente cancelada respecto a algún asegurado cuando durante el transcurso del contrato este Asegurado haya cumplido los sesenta años de edad, salvo convenio escrito con la Compañía. Para renovaciones del contrato, en edades comprendidas entre los 60 y 65 años, se establecerá una franquicia de ocho días de internamiento.
7. En caso de accidente o enfermedad que de lugar a hospitalización, el Contratante, el Asegurado o sus derechohabientes, deberán declararlo a la Compañía por escrito, en un plazo no superior a diez días desde la fecha en que ocurrió el mismo, salvo causa justificada, indicando los motivos y demás circunstancias relacionados con el accidente o enfermedad, así como el nombre y dirección del establecimiento hospitalario en donde haya sido internado.

A la salida del centro hospitalario, el Asegurado suministrará a la Compañía un certificado firmado por el Director de dicho centro, donde se especifique la fecha exacta de su admisión y salida.

Si un accidente o enfermedad ocasiona la muerte del Asegurado, los derechohabientes deben dar cuenta a la Compañía, dentro de los tres días siguientes al deceso.

En caso de incumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo, por cualquier motivo que no sea imposibilidad justificada, la Compañía queda desligada de sus obligaciones derivadas de la presente Póliza, con respecto a tal accidente o enfermedad.

8. La Compañía no responde de la agravación de las consecuencias de un accidente o enfermedad causada por cura retrasada o inobservancia de las prescripciones facultativas, siempre que estas sean debidas al Asegurado.

Cuando las consecuencias de un accidente o enfermedad sufrieran agravación directa o indirecta por un accidente o enfermedad o estado morbooso preexistente, la Compañía responde única y exclusivamente de las consecuencias que el accidente o enfermedad hubieran tenido sin la intervención agravante de tales preexistencia, y el beneficio se calculará no por las consecuencias efectivas del caso, sino por las que hubiera tenido sin el agravante de dichas circunstancias preexistentes

La aplicación, si procede de cuando se establece en el párrafo anterior, así como la prolongación de la hospitalización, será establecido por el médico de la Compañía, justamente con el médico designado por el contratante. En caso de disconformidad, deberá designar a un tercer médico del colegio médico de la provincia, cuyo fallo será definitivo e inapelable. Cada parte pagará los gastos y honorarios de su médico y la mitad del tercero.

9. El Asegurado y/o el Contratante están obligados a facilitar a la Compañía toda clase de informes en relación con el accidente o enfermedad tratado, y así mismo, a darle cuenta de la marcha de la curación, de su estado de salud presente y pretérito. También está obligado a someterse a la visita de los médicos designados por la Compañía.
10. Los beneficios que se deriven del presente Contrato se abonarán al Beneficiario o al Asegurado según el caso, sin interés alguno, dentro de los diez días siguientes al día en que hayan entregado los documentos justificativos de su derecho a la percepción de los mismos señalados en el numeral 14 de estas disposiciones. La Compañía no podrá ser obligada a efectuar pagos provisionales sobre los beneficios que tenga que pagar, pero se reserva el derecho a conceder tales anticipos y a fijar su cuantía.
11. La Compañía queda desligada de sus obligaciones, tanto en caso de falsa declaración o reticencia que tiendan a desfigurar el riesgo que se asegura, como en caso probado de que el Asegurado o el Contratante, manifiesta y conscientemente hayan disimulado las causas del accidente o enfermedad, o exagerado sus consecuencias. En ambos casos, la Compañía tiene el derecho a exigir el reintegro de los beneficios pagados.
12. La acción del Contratante o del Asegurado para reclamar judicialmente contra denegación del siniestro o contra la estimación de su importe, prescribe dentro del plazo de dos años, a contar desde la fecha de comunicación escrita por la Compañía, denegando el siniestro o indicando su cuantía.
13. Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado, con motivo del presente contrato de seguro, queda sometido a la jurisdicción Ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; Las acciones contra el Contratante, Asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado.

14. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

1.- HOSPITALIZACION

- **Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico.**
- **Certificado del Centro Hospitalario donde fue atendido, indicando la fecha, hora de ingreso y salida, así como el tratamiento realizado.**
- **Copia de Historia Clínica.**

2.- MUERTE, INVALIDEZ O DESMEMBRAMIENTO.

- **Certificado médico de Defunción, invalidez o desmembramiento**
- **Certificado de autopsia (de haber)**
- **Certificado del Registro Civil**
- **Nombres de beneficiarios**
- **Parte policial o levantamiento de cadáver.**

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SB-INS-2000-089, Reg. N°. 19674 del 29 de marzo del 2000.