

Gastos de Curación por Accidente

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 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.

Actividad de alto 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.

Deporte peligroso o de alto riesgo: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

Lesión Pre-existente: Cualquier condición de alteración del cuerpo o de la salud del ASEGURADO sufrida previamente, que le haya sido diagnosticada por un médico colegiado, debiendo ser la misma conocida por el ASEGURADO previamente a la contratación de la Cláusula Adicional.

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 cubrirá los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos que sean necesarios para el tratamiento de dichas lesiones, teniendo libertad el ASEGURADO de recurrir a cualquier establecimiento de salud, clínica, hospital o centro médico de la red de proveedores de la COMPAÑÍA señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o el Certificado del Seguro según corresponda, hasta el límite establecido en dichos documentos.

En caso el ASEGURADO recurra a un establecimiento de salud, clínica, hospital o centro médico fuera de la red de proveedores de la COMPAÑÍA, ésta reembolsará al ASEGURADO hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de seguro según corresponda, 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 Certificado de Seguro.

La Cláusula Adicional 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:

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar la cláusula adicional.
- 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, siempre que estos ocasionen el siniestro.
- 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, consciente y voluntario.
- h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Práctica de deportes peligrosos o 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 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 de la Cobertura

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine(n) la(s) cobertura(s) principal(es), cualquiera sea la causa o con la ocurrencia de un siniestro al ASEGURADO, que dé lugar a la indemnización de la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional.

Artículo 5° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

- a. **Aviso:** El ASEGURADO se deberá poner en contacto con la COMPAÑÍA, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario de haber tomado conocimiento del suceso o del beneficio o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- b. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes 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:

- a) Formato de declaración de accidente, o declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;**
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, donde se indique el estado del ASEGURADO, el diagnóstico médico, y las consecuencias conocidas o probables;**
- c) Denuncia Policial (de ser el caso);**
- d) En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, denuncia policial y resultado de Dosaje Etílico;**
y
- e) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente sustentados con los comprobantes de pago respectivos y las órdenes médicas correspondientes.**

Para aquellos casos en los que se requiera hospitalización dentro de la red de establecimientos de salud, clínicas, hospitales o centros médicos de la COMPAÑÍA, ésta emitirá la carta de garantía respectiva, debiendo enviársele la orden de hospitalización suscrita por el médico tratante y el presupuesto correspondiente.

La presente cobertura otorgada no podrá superar el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado del Seguro.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta la COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

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 sus herederos legales.

Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad

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 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:

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 Póliza.

Condición Médica Pre-existente (pre-existencia): cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro.

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 de la Póliza.

Familiar elegible: Son familiares elegibles, el cónyuge/conviviente del ASEGURADO titular y todos los hijos reconocidos y legalmente adoptados y solteros, los mismos que son considerados asegurados para los efectos del presente seguro.

Hospitalización: internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de 24 horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a 24 horas.

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 Corporal Accidental: Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico,

sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza y que sea base para la solicitud de una cobertura, de acuerdo a los términos de esta Póliza.

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 cubierta por esta póliza.

Asegurado: Es el ASEGURADO Titular y aquellos familiares elegibles que aparecen en las Condiciones Particulares.

Renta Hospitalaria: Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, tratándose de un Seguro Grupal.

Artículo 2° Descripción de la Cobertura

La COMPAÑÍA pagará el 100% del Beneficio indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, tratándose de un Seguro Grupal, por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, como límite máximo por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, 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 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la vigencia siguiente, en caso de renovación de la Póliza. El seguro sí cubrirá cualquier otra enfermedad o accidente que se produzca en la renovación.

Artículo 3° Condiciones para ser Asegurado

Podrán asegurarse bajo esta Cláusula Adicional las personas naturales mayores de 18 años hasta los 64 años con 364 días.

Artículo 4° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

El beneficio máximo que se puede otorgar a cada ASEGURADO es de 365 días calendario por cada aniversario de vigencia señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro. En cada aniversario, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO. El ASEGURADO no podrá tener contratado más de un seguro de este producto. En el caso que por cualquier motivo el ASEGURADO adquiriese dos seguros, la COMPAÑÍA considerará que ASEGURADO está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor Beneficio y cuando las coberturas contratadas sean idénticas, COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 5° Periodo de Carencia

Para cada ASEGURADO cubierto por esta Cláusula Adicional existirá un Período de Carencia de sesenta (60) días calendarios, o en reemplazo de éste el que se

indique en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia señalado en dichos documentos.

Por lo tanto, solo estará cubierto el primer Diagnóstico Clínico de Cáncer cuyo Diagnóstico Clínico se haya iniciado después de transcurrido el Periodo de Carencia y en tanto haya sido emitido durante la vigencia del Certificado de Seguro o de las Condiciones Particulares.

No se exigirá Período de Carencia en la renovación del seguro, en tanto se de en forma continuada, sin interrupción alguna.

Artículo 6° Exclusiones

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas de manera consciente y voluntaria.**
- 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 de la póliza.**
- 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 o enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las definiciones.**
- 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 descritos en las Definiciones.**

Artículo 7° Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación de la cobertura principal por cualquier causa.**
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia.**
- c) La ocurrencia de un siniestro al ASEGURADO, que dé lugar a la indemnización de la Suma Asegurada Máxima prevista en esta Cláusula Adicional. La Suma Asegurada se volverá a habilitar al aniversario de la póliza automáticamente.**

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

Aviso del siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá comunicarlo por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la

COMPAÑÍA, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes de haber tomado conocimiento del beneficio, o de la fecha del suceso, o después de dicho término tan pronto como sea posible, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada), sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;**
- b) Recetas médicas;**
- c) Resultados de exámenes y procedimientos médicos, de haberse solicitado;**
- d) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias; y**
- e) Documento de identidad del ASEGURADO.**

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta la COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Artículo 9° Resolución del Seguro

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrán solicitar, sin expresión de causa, la resolución de la cláusula adicional mediante comunicación escrita, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación de la misma; con una anticipación mínima de quince (15) días calendarios.

A partir del día siguiente de producida la resolución, El CONTRATANTE podrá solicitar por escrito en la COMPAÑÍA, el reembolso de la prima que corresponda por el periodo no corrido, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en la COMPAÑÍA luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.