

Cuota Protegida por Accidente

Cláusula Adicional

La presente cobertura cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y registrará mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

Central de Asistencia: Es la empresa contratada por la COMPAÑÍA para coordinar, por cuenta de esta, el otorgamiento de las coberturas de viaje, así como también del pago directo, de los beneficios establecidos en este seguro.

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.

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 cobertura, 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 presente cláusula y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos aquí cubiertos.

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

Cuota Protegida por Accidente: Corresponde a la indemnización pagadera al internamiento mínimo de 24 horas del ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una lesión accidental aquí cubierta y cuyo monto por periodo se especifica en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda.

Artículo 2° Cobertura

La COMPAÑÍA pagará el Beneficio señalado y por el periodo de internamiento continuo en una Institución Hospitalaria definido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud-

Certificado, hasta un máximo de 365 días de internamiento por año, como límite máximo por accidente, si como consecuencia de un accidente 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 cobertura, 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 un mismo accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en caso de renovación de la presente cobertura, precisándose que sí estará cubierto cualquier otro accidente sufrido durante la vigencia de la póliza renovada.

Esta cláusula brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

LA COMPAÑÍA pagará por el periodo de internamiento continuo y el beneficio indicados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, hasta un máximo de 365 días de internamiento por año por ASEGURADO, o según lo indicado en dichos documentos, en los términos señalados en la cláusula precedente.

Al término de cada año de vigencia de la presente cobertura, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Los pagos que se efectúen por concepto de cualquier otra cobertura adicional no disminuyen el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO por esta cobertura.

Artículo 4° Exclusiones

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

- a. Suicidio, intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas por el ASEGURADO a sí mismo 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 de la presente cobertura.**
- d. Curas de Reposo.**
- e. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
- f. Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.**
- g. Paracaidismo, vuelo en parapente o ala delta, alpinismo, andinismo o montañismo, buceo, carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- h. Accidentes que se produzcan mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia del alcohol o drogas.**

Artículo 5° Terminación de la cobertura

Le serán aplicables las causales de terminación indicadas en el Condicionado General de la Póliza, o cuando se haga efectiva la indemnización que cubre la misma.

Artículo 6° Beneficiarios

Serán beneficiarios de esta cobertura El CONTRATANTE y en caso de excedente o de no haber deuda activa, el Beneficiario podrá ser El ASEGURADO, de acuerdo se especifique en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.

Artículo 7° Aviso del siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura, el ASEGURADO o CONTRATANTE, deberá cumplir con lo siguiente:

Aviso: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de siete (7) días calendario siguientes a la fecha de conocido el 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, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le serán de aplicación las disposiciones previstas en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan, según el riesgo o ramo aplicable.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador 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. Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la causa de la hospitalización, periodo y nombre del ASEGURADO, emitidos por el médico tratante o por la Institución Hospitalaria, según corresponda;
- b. Epicrisis, emitida por la Institución Hospitalaria;
- c. Historia clínica desde la Hospitalización, emitida por la Institución Hospitalaria;
- d. Documento de identidad del ASEGURADO.
- e. Cronograma de Crédito vigente, emitido por la Entidad Financiera.

En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO (Heredero Legal), quien deberá presentar adicionalmente, para efectos de determinar a quién corresponde efectuar el pago de la indemnización:

- a. Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;
- b. Documento de identidad del BENEFICIARIO (Heredero Legal).

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO o BENEFICIARIO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el

ASEGURADO o BENEFICIARIO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

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 Aseguradora 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 8° Otras disposiciones

1. Atención y cuidado médico diario

La indemnización no se pagará si el ASEGURADO no se encuentra, durante el periodo de hospitalización cubierto, bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

2. Periodo de indemnización

La hospitalización será computada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un período que no exceda de los 365 días para todos los periodos de hospitalización a consecuencia de un accidente.

3. Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su cobertura esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización bajo esta cobertura, y que no esté separada de aquella 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 periodo del accidente, 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 cobertura.

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

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.

Cuota Protegida por Enfermedad

Cláusula Adicional

La presente cobertura cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales 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 las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

Convalecencia: Periodo en el cual el ASEGURADO se está recuperando de una enfermedad y recupera poco a poco la salud que tenía antes en una Institución Hospitalaria o en su hogar.

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional, debidamente diagnosticada por un médico colegiado, de causa no accidental.

Hospitalización: Período de tiempo que el ASEGURADO necesita en una Institución Hospitalaria para su examen, diagnóstico, tratamiento de una enfermedad por parte del personal médico. **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 cobertura, 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.**

Preexistencia: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la contratación de la presente cobertura.

Cuota Protegida por Enfermedad: Corresponde a la indemnización pagadera al internamiento mínimo de 24 horas del ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad aquí cubierta y cuyo monto por periodo se especifica en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Artículo 2° Cobertura

La COMPAÑÍA pagará el Beneficio señalado y por el periodo de internamiento continuo en una Institución Hospitalaria definido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, hasta un máximo de 365 días de internamiento por año, como límite máximo por enfermedad, si como consecuencia de una enfermedad 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 cobertura, 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 que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en caso de renovación de la presente cobertura, precisándose que sí estará cubierto cualquier otra enfermedad sufrida durante la vigencia de la póliza renovada.

Esta cláusula brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

LA COMPAÑÍA pagará por el periodo de internamiento continuo y el beneficio indicados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, hasta un máximo de 365 días por año por ASEGURADO o según lo indicado en dichos documentos, en los términos señalados en la cláusula precedente.

Al término de cada año de vigencia de la presente cobertura, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Los pagos que se efectúen por concepto de cualquier otra cobertura adicional no disminuyen el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO por esta cobertura.

Artículo 4° Exclusiones

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

- a. Suicidio, intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas por el ASEGURADO a sí mismo 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. Cirugía estética, plástica o reconstructiva. Cirugías por mamoplastia reductora ni por ginecomastia; insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, pérdida de peso, raquitismo, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa y los derivados de ellos.**
- d. Tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos y escleroterapia en várices.**
- e. Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático)**
- f. Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.**
- g. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione con ellas.**
- h. Preexistencia, de acuerdo a lo señalado en el artículo 1 de Definiciones.**
- i. Exámenes médicos de rutina.**
- j. Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Kaposi Sarcoma.**
- k. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**

- l. Chequeos médicos y despistajes de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.**
- m. Uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos.**
- n. Tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drugs Administration–EEUU)**
- o. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).**
- p. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.**
- q. 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.**
- r. Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.**

Artículo 5° Terminación de la cobertura

Le serán aplicables las causales de terminación indicadas en el Condicionado General de la Póliza, o cuando se haga efectiva la indemnización que cubre la misma.

Artículo 6° Beneficiarios

Serán beneficiarios de esta cobertura El CONTRATANTE y en caso de excedente o de no haber deuda activa, el Beneficiario podrá ser El ASEGURADO, según se especifique en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.

Artículo 7° Aviso del siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura, el ASEGURADO o CONTRATANTE deberá cumplir con lo siguiente:

Aviso: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de siete (7) días calendario siguientes a la fecha de conocido el 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, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le serán de aplicación las disposiciones previstas en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan, según el riesgo o ramo aplicable.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador 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. Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la causa de la hospitalización, periodo y nombre del ASEGURADO, emitidos por el médico tratante o por la Institución Hospitalaria, según corresponda;**
- b. Epicrisis, emitida por la Institución Hospitalaria;**
- c. Historia clínica desde la Hospitalización, emitida por la Institución Hospitalaria;**

- d. Documento de identidad del ASEGURADO.
- e. Cronograma de Crédito Vigente, emitido por la Entidad Financiera.

En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO (Herederero Legal), quien deberá presentar adicionalmente, para efectos de determinar a quién corresponde efectuar el pago de la indemnización:

- a. Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda; y
- b. Documento de identidad del BENEFICIARIO (Herederero Legal).

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO o BENEFICIARIO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO o BENEFICIARIO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

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 Aseguradora 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 8° Otras disposiciones

1. Atención y cuidado médico diario

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

2. Periodo de indemnización

La hospitalización 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 un accidente.

3. Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su cobertura esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización bajo esta cobertura 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 cobertura.

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 la presente cobertura.

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.