

Seguro de Hospitalización

Condiciones Generales

Índice

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

Introducción

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud del Seguro presentada por el Contratante y/o ASEGURADO, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Asistencia Médica, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y anexos que se adhieren 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 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° 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 este seguro en condición de ASEGURADO titular y/o asegurado dependiente (cónyuge/conviviente) las personas naturales mayores de 18 años hasta los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de 69 años y 364 días, salvo que hayan estado asegurados bajo esta Póliza en forma continua e ininterrumpida durante cinco (5) años, en cuyo caso tendrán derecho a renovar la Póliza indefinidamente con las mismas coberturas que tenían en la última vigencia.

Asimismo se podrán asegurar también como asegurados dependientes, los hijos reconocidos o legalmente adoptados y solteros, desde el día siguiente al de su nacimiento, pudiendo permanecer hasta los 23 años de edad.

Si durante la vigencia del seguro un familiar elegible no estuviera ASEGURADO, el CONTRATANTE puede incluirlo solicitándolo por escrito a la COMPAÑÍA.

Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza se requiere siempre que los ASEGURADOS residan permanentemente en el Perú.

Artículo 4° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

El Beneficio máximo anual por asegurado se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en el Certificado de Seguro, tratándose de un Seguro Grupal, debiéndose tener en cuenta lo señalado en el artículo referido a la COBERTURA de estas Condiciones Generales.

El ASEGURADO no podrá tener contratada más de una póliza de este mismo seguro con la COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 15 días desde la fecha de la contratación para verificar si el ASEGURADO cuenta con otra póliza de este seguro. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una póliza la COMPAÑÍA considerará que dicho CONTRATANTE y/o ASEGURADO está cubierto bajo la Póliza que proporcione el mayor Beneficio, en caso de tener sumas aseguradas diferentes. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al CONTRATANTE y/o 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, 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 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 6° Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente con el pago de la prima 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. En caso de que se renueve sin modificaciones, la Póliza y el certificado de seguro entregado al ASEGURADO serán por si solas constancias de la continuidad de este seguro.

Asimismo, la COMPAÑIA se reserva el derecho de realizar ajustes integrales a las Primas o modificaciones a las condiciones de este seguro, en cuyo caso comunicará al CONTRATANTE las modificaciones introducidas por lo menos con cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia respectiva. El CONTRATANTE tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta, lo que se entenderá como su voluntad de resolver el seguro, en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑIA.

La COMPAÑIA, en los seguros grupales, proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento del ASEGURADO, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Artículo 7° Terminación del Contrato de Seguro y del Certificado de Seguro

El contrato de seguro, en el caso de pólizas individuales, o del certificado de seguro, en el caso de pólizas grupales terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia, salvo que haya venido renovando su seguro por 5 años consecutivos.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza o del certificado de seguro, sin que se hayan renovado por decisión del ASEGURADO Titular.

Artículo 8° Beneficiarios

Serán beneficiarios de este seguro los mismos asegurados que requieran internamiento en una institución hospitalaria. En caso de fallecimiento del ASEGURADO Titular serán beneficiarios los herederos legales de éste, para recibir el importe de la indemnización por una solicitud de cobertura aprobada. En caso de fallecimiento de un familiar elegible la indemnización será pagada al ASEGURADO Titular.

Artículo 9° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

9.1 Aviso de Siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, deberá darse aviso de este por cualquiera de los medios de comunicación pactados con la COMPAÑIA, dentro de un lapso máximo de sesenta (60) días siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro o desde que se tiene conocimiento del beneficio 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.

9.2 Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑIA los siguientes documentos (en original o copia legalizada):

- 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.**

El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente. La COMPAÑÍA podrá requerir aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, la que deberá solicitar dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

9.3 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. Igualmente el ASEGURADO está obligado a obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiendo o hubiesen atendido tanto a él como a cualquiera de las personas Aseguradas, proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con el ASEGURADO. 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 solicitud de cobertura o no.

9.4 Pago de Indemnización: La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, o a sus herederos legales si éste hubiese fallecido antes del pago, según las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro de la Póliza por concepto de Renta Hospitalaria para cada día de hospitalización, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de aprobado o consentido el siniestro, lo que se dará dentro de los treinta (30) días de recibida la totalidad de los documentos que conforman la solicitud de cobertura.

Artículo 10° Otras Disposiciones

10.1 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.

10.2 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 periodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental.

10.3 Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras esta póliza esté en vigor, 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. Se considerará que esta hospitalización ha ocurrido durante el mismo período de enfermedad, o ha sido resultado de la misma lesión para el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo esta póliza.

Se consideran como Hospitalizaciones Separadas aquellas separadas por un periodo de doce (12) meses o más y no se considerará que éstas hayan ocurrido durante el mismo periodo de Enfermedad o que hayan resultado de la misma Lesión Corporal Accidental con el propósito de determinar el Beneficio Máximo 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.