

Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional 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

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 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 veinticuatro (24) horas 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 diez (10) días al año.

El monto a indemnizar estará estipulado en las Condiciones Particulares, en el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda. 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 aplicables a la cobertura de Renta Hospitalaria.

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 indicados en el artículo 2 de la presente cláusula.

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

1. **Aviso del siniestro:** Comunicar el siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios 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 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.

2. Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR/CONTRATANTE los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada), en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado médico emitido por una institución hospitalaria debidamente autorizada, que describa y certifique los servicios de hospitalización brindados a la persona asegurada; y
- c) 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.

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 para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.