

Seguro Falabella – Hospitalización

Condiciones Generales

Índice

Introducción

1. Definiciones
2. Cobertura Principal
3. Coberturas Adicionales
4. Condiciones para ser Asegurado
5. Duplicidad de pólizas
6. Beneficio Máximo Anual por Asegurado
7. **Exclusiones**
8. **Renovación Automática**
9. Terminación del Contrato de Seguro
10. **Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**
11. Beneficiarios
12. Otras Disposiciones

Introducción

De conformidad con las declaraciones del ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro, 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 adhieran 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 Tarjeta de Crédito del Banco Falabella.

Condición Médica Preexistente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

Deporte peligroso: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican. (Aplicable para las coberturas adicionales de muerte accidental y muerte accidental por terremoto, de ser el caso)

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 del Certificado de Seguro.

Hospitalización: Internamiento de una persona en una institución hospitalaria como paciente interno por un periodo mínimo de 24 horas continuas bajo la supervisión de un médico autorizado.

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 Accidental: Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta Póliza.

Ocupación o Actividad de 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. (Aplicable para las coberturas adicionales de muerte accidental y muerte accidental por terremoto, de ser el caso)

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 accidental cubierta por esta póliza.

Renta Hospitalaria: Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas continuas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° Cobertura Principal

La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro por cada día de 24 horas continuas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad o accidente haya sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. **No aplica cuando el ASEGURADO se encuentre hospitalizado en cuidados intensivos.**

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 caso de renovación de la Póliza. Si la póliza termina su vigencia y no es renovada y la hospitalización del ASEGURADO continúa, no habrá interrupción de la cobertura.

Artículo 3° Coberturas Adicionales

Para los efectos del presente seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá incluir las coberturas adicionales u opcionales, previo pago de la prima correspondiente, la misma que se encuentra indicada en la Solicitud del Seguro, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, según corresponda.

Artículo 4° Condiciones para ser Asegurado

Podrá asegurarse bajo este seguro el Titular de la Tarjeta de Crédito del Asegurado Titular que sea mayor de XX años y menor de XX años de edad y 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de XX años y 364 días, salvo que, a dicha edad, el ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida, como mínimo. En este caso, el ASEGURADO a su libre elección tendrá derecho a continuar renovando los contratos indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas anteriormente.

Asimismo, se podrán asegurar el cónyuge mayor de XX años y menor de XX años de edad y 364 días, y todos los hijos(as) solteros(as), sean éstos legalmente reconocidos o adoptados por el ASEGURADO Titular, incluyendo hijastros(as), desde los 0 años. El cónyuge puede permanecer asegurado hasta la edad de XX años y 364 días salvo que, a dicha edad, el ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida, como mínimo.

Artículo 5° Duplicidad de Pólizas

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 6° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

Beneficio por día de hospitalización hasta un máximo de 365 días por año. Cada año, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El ASEGURADO no podrá tener contratado más de un seguro de este producto. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una cobertura de este seguro LA COMPAÑÍA considerará que dicho ASEGURADO está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor Beneficio. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, LA COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso LA COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 7° Exclusiones

- a) 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:**
- b) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, consciente y voluntario.**
- c) 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.**
- d) 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 del Certificado de Seguro y/o Póliza de Seguro.**
- e) Curas de Reposo.**
- 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 directamente con ellas.**
- h) **Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como preexistentes las definidas en el artículo de Definiciones.**
- i) **Exámenes médicos de rutina.**
- j) **Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
- k) **Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**
- l) **Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
- m) **Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.**

Artículo 8° Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente 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, por haberse modificado de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de las Cláusulas Generales de Contratación y el presente artículo de las Condiciones Generales.

En caso de modificación de las condiciones del presente seguro en la renovación automática, se aplicará lo establecido en el numeral 15.2 del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Artículo 9° Terminación del Contrato de Seguro

El seguro con respecto a un ASEGURADO terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a. **Al cumplir el ASEGURADO TITULAR la edad límite de permanencia, salvo que, a dicha fecha el ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutivas; caso contrario, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO TITULAR, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona, salvo que, a dicha fecha el ASEGURADO TITULAR haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutivas**
- b. **Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, sin que ésta se haya renovado.**
- c. **Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo .**
- d. **La muerte del ASEGURADO TITULAR. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.**

Efectos sobre las primas

La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, y tiene obligación de devolverlas en un plazo máximo de 30 días calendario en caso la haya cobrado por el periodo no devengado.

Mas alcances sobre los efectos de la resolución del contrato se encuentran señalados en el artículo sobre RESOLUCION DEL CONTRATO DE SEGURO contenido en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los seguros de asistencia médica.

Artículo 10° Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

En caso de siniestro, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, deberán cumplir con lo siguiente:

- a. **Aviso de Siniestros:** Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO deberá comunicarse a LA COMPAÑÍA, al COMERCIALIZADOR y/o CORREDOR de SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes de conocida la ocurrencia del 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 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
- b. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA, del COMERCIALIZADOR y/o CORREDOR DE SEGUROS, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).
 - **Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización, emitido por la Institución Hospitalaria.**
 - **Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.**
 - **Historia Clínica conteniendo los resultados de exámenes o procedimientos médicos que le hayan sido practicados al ASEGURADO durante su hospitalización.**
 - **Documento de identidad del ASEGURADO.**
 - **Documento de identidad de los BENEFICIARIOS, cuando corresponda.**

El ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normativa vigente.

- c. **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. El ASEGURADO está obligado a entregar a la COMPAÑÍA todos los recibos, facturas, resultados de exámenes y cualquier otro documento que la COMPAÑÍA considere necesario exigir con referencia a una solicitud de cobertura, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para aceptar o rechazar el siniestro. La documentación o información a ser solicitada dentro de dicho plazo corresponde a aclaraciones o precisiones respecto de la documentación e información presentada por el asegurado en la solicitud de cobertura.

Igualmente el ASEGURADO autoriza para que todos los médicos que lo estén atendiendo o hubiesen atendido le proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con su estado de salud. 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 una solicitud de cobertura o no.

- d. **Pago de la Indemnización:** La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, o a sus herederos legales si éste hubiese fallecido antes del pago, según las condiciones de la póliza, el monto establecido como Renta Hospitalaria por cada día de hospitalización hasta el límite indicado en la Solicitud del Seguro, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, según corresponda, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes contados a partir de la fecha de quedar consentido el siniestro, lo que sucederá a más tardar dentro de los treinta (30) días calendarios de haber recibido la totalidad de los documentos que debe presentar con su solicitud de cobertura, si no media rechazo de la COMPAÑÍA. El pago se efectuará una sola vez al final del periodo de hospitalización, sin considerar periodo de convalecencia. La COMPAÑÍA queda automáticamente autorizada para descontar de la indemnización del siniestro las primas vencidas e impagas a la fecha de indemnización, a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO correspondiente a la cobertura corrida.

Artículo 11° Beneficiarios

Serán beneficiarios de este seguro los mismos ASEGURADOS que requieran internamiento en una institución hospitalaria. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.

Artículo 12° Otras Disposiciones

12.1 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, a quien buscó de manera voluntaria y con conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o de las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

12.2 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 períodos de hospitalización a consecuencia de una lesión accidental o de una enfermedad.

12.3 Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su Certificado de Seguro y/o póliza de seguro esté vigente, 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. En este caso, se considerará que la última hospitalización 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 Póliza.

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 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.

Artículo 13° Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO perderá todo derecho previsto en esta Póliza en los siguientes supuestos:

- 1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.**
- 2. Si en cualquier tiempo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.**
- 3. Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.**