

Seguro Falabella – Hospitalización por Accidentes

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. Pago de Beneficios
9. BENEFICIARIOS
- 10. Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**
11. Otras Disposiciones
12. Comunicaciones y Pagos

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 Accidentes Personales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos y anexos adjuntos, Chubb Seguros Perú S.A., en adelante la COMPAÑIA conviene en amparar al ASEGURADO contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente póliza.

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 o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

ASEGURADO Titular: Titular de la Póliza.

Condición Médica Pre-existente: Lesión Corporal Accidental sufrida por un ASEGURADO, por la cual haya recibido tratamiento médico correspondiente, en los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia del seguro de tal persona Asegurada.

Familiar elegible: Son familiares elegibles, el cónyuge o conviviente del ASEGURADO titular y todos los hijos reconocidos y legalmente adoptados, solteros y económicamente dependientes.

Hospitalización: Reclusión de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno como mínimo por durante 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 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 una solicitud de 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 lesión cubierta por esta póliza.

Persona Asegurada: 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 continuas de hospitalización de una persona asegurada, en una Institución Hospitalaria a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° Coberturas

La COMPAÑIA pagará el 100% del Beneficio indicado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro por cada 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, si como consecuencia de un accidente, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por el médico tratante, 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 un mismo 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, precisándose que si estará cubierto cualquier otro accidente sufrido durante la vigencia de la póliza renovada.

Artículo 3° Condiciones para ser Asegurado

Podrán asegurarse bajo este seguro en condición de ASEGURADO Titular o Cónyuge/Conviviente las personas naturales mayores de 18 años hasta los 64 años con 364 días de edad, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de 69 años y 364 días.

Asimismo, se podrán asegurar los hijos reconocidos o legalmente adoptados y solteros, desde los 14 años y que no hayan cumplido 20 años de edad, o en el caso que se encuentren estudiando que no hayan cumplido 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 COMPAÑIA, pagando la prima correspondiente.

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 en el Certificado de Seguro, al tratarse el presente producto de un Seguro Grupal, debiéndose tener en cuenta lo señalado en el artículo referido a las coberturas de estas Condiciones Generales. Cada año, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

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 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 preexistentes.**
- h) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
- i) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.**

Artículo 6° Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza. En el entendido que con cada renovación no cambiarán las condiciones de la Póliza, no se emitirán documentos de renovación; considerándose que la Póliza o el Certificado de seguro existente en poder del CONTRATANTE y/o ASEGURADO constituyen por sí solos evidencia de la continuidad de la cobertura.

Artículo 7° Terminación del Seguro

El seguro con respecto a una Persona Asegurada terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos, precisándose que el contrato de seguro grupal se mantendrá vigente salvo que venza su plazo de vigencia:

- a) La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de algún familiar elegible origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. El cumplimiento de la edad límite de cualquier familiar elegible, origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- c) Al vencimiento del plazo de la póliza o del certificado de seguro, sin que se hayan renovado por decisión del ASEGURADO Titular.

Artículo 8° Pago de Beneficios

En caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la presente póliza, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, la cual se efectuará de una sola vez al final del periodo de hospitalización sin considerar convalecencia, en la forma prevista en las Condiciones Particulares.

Artículo 9° Beneficiarios

Serán beneficiarios de este seguro los mismos asegurados que requieran internamiento en una institución hospitalaria. En caso de fallecimiento del ASEGURADO serán beneficiarios los herederos legales de éste.

Artículo 10° 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 ASEGURADO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro, o desde que se tome conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como le 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.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o 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 hospitalización;
- b) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias; y
- c) Documento de identidad del ASEGURADO.

En todo caso, la COMPAÑÍA podrá requerir aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en cuyo caso las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Artículo 11° Otras Disposiciones

11.1 Atención y cuidado médico diario

La Renta Hospitalaria no se pagará si la persona Asegurada no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

11.2 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.

11.3 Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de una persona Asegurada que comience mientras esta póliza esté en vigor con respecto a esa persona Asegurada, 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 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 período de doce (12) meses o más y no se considerará que éstas han ocurrido durante el mismo período 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.

Artículo 12° Comunicaciones y Pagos

En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la empresa de seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador, se considerarán abonados a la COMPAÑÍA.