

RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AE0506410205

RESUMEN

1. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECLAMOS, TELÉFONOS Y UBICACIÓN:

Oficina Principal: Av. Las Begonias N° 475,
San Isidro, Lima.

Centros de Atención al Cliente:

- Lima:
Av. Paseo de la República N° 3505, San Isidro.
Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro.
Av. Las Begonias N° 471, San Isidro.
Av. Comandante Espinar N° 689, Miraflores.
- Arequipa:
Pasaje Belén N° 103, Urb. Vallecito, teléfono (054)-381700.
- Cajamarca:
Jr. Belén N° 676-678, teléfono (076)-369635.
- Cusco:
Calle Humberto Vidal Unda N° G-5, Urb. Magisterial, 2da. Etapa, teléfono (084)-229990 / (084)-227041.
- Huancayo:
Jr. Ancash N° 125, teléfono (064)-223233.
- Trujillo:
Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A-1006 – Mall Aventura Plaza, Urbanización El Ingenio, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, teléfono (044)-485200.
- Chiclayo:
Av. Salaverry N° 560, Urb. Patayza, teléfono (074)- 481400.
- Iquitos:
Jirón Putumayo N° 501, teléfono (065)-242107.
- Piura:
Calle Libertad N° 450, teléfono (073)-284900.

Central de Emergencias y Asistencias (Perú):
(01) 411-1111.

Central de Consultas y Reclamos:

(01) 411-3000.

Correo Electrónico:

atencionalcliente@rimac.com.pe.

Página Web:

www.rimac.com.

2. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

En el Condicionado Particular y/o Certificado de Seguro se establecerá el monto total de la Prima a pagar, incluyendo la forma (que podrá ser fraccionada) y el lugar de pago.

3. MEDIOS, PLAZOS Y PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DE SINIESTRO Y PAGO DEL BENEFICIO:

Aquello se encuentra detallado en los artículos vigésimo octavo y trigésimo de las Condiciones Generales.

4. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, CONSULTAS Y DENUNCIAS:

Los mecanismos de solución de controversias y, asimismo, las instancias para presentar reclamos, consultas y denuncias se encuentran detallados en el artículo décimo noveno del Capítulo I de las Condiciones Generales.

5. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, CONSULTAS Y DENUNCIAS:

Son las siguientes:

• **Defensoría del Asegurado:**

www.defaseg.com.pe

Lima:(01) 446-9158.

Arias Aragüés 146, San Antonio, Miraflores, Lima.

• **INDECOPI:**

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777.

Teléfono gratuito de provincias: 0-800-4-4040.

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS:**

www.sbs.gob.pe

Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú |

Teléfono (511) 630-9000 / Fax: (511) 630-9239.

AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma.

PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y Denuncias: 0800-10840 | (511)

630-9000 y (511) 200-1930 (Anexo 9).

6. **AGRAVACIÓN DEL RIESGO:**

Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el CONTRATANTE o ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado, conforme lo estipula el artículo séptimo del Capítulo I de las Condiciones Generales

7. **PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS:**

La ASEGURADORA cubre el cien por ciento (100%) del monto contratado por cada día que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado, siempre y cuando la hospitalización supere las veinticuatro (24) horas y se realice en una institución hospitalaria legalmente constituida y sea justificada de acuerdo a los parámetros médicos vigentes de la ASEGURADORA.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente, los riesgos cubiertos se encuentran detallados conforme lo establece el artículo vigésimo sexto del Capítulo II de las Condiciones Generales.

8. **PRINCIPALES EXCLUSIONES:**

- a) Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.
- b) Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c) No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- d) Enfermedades y/o condiciones preexistentes

al inicio del presente Seguro.

La totalidad de las exclusiones se encuentran detalladas en el artículo vigésimo séptimo del Capítulo II de las Condiciones Generales.

9. **ASEGURADOS Y PERMANENCIA EN EL SEGURO:**

Los límites de ingreso para el ASEGURADO TITULAR y ASEGURADOS DEPENDIENTES, así como el límite de permanencia de los ASEGURADOS DEPENDIENTES se encuentran detallados en el artículo vigésimo segundo del Capítulo II de las Condiciones Generales.

10. **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:**

El CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento bajo los términos y condiciones establecidos en el artículo décimo tercero del Capítulo I de las Condiciones Generales.

11. **RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:**

El procedimiento y plazo para solicitar la resolución contractual se encuentran estipulados en el artículo séptimo del Capítulo I de las Condiciones Generales.

12. **DERECHO DEL CONTRATANTE DE ACEPTAR O NO LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES PROPUESTAS POR LA ASEGURADORA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO:**

Durante la vigencia del contrato la ASEGURADORA no puede modificar unilateralmente los términos contractuales pactados, salvo en caso que se proceda con lo establecido en el literal C. del artículo quinto del Capítulo I de las Condiciones Generales, en cuyo caso se deberá contar con la aceptación del CONTRATANTE.

El CONTRATANTE tiene derecho a no aceptar las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la ASEGURADORA, durante la vigencia del contrato, en orden con lo dispuesto en el numeral 6, inciso b) del artículo 16° del Reglamento de Transparencia.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Condiciones Generales

PRODUCTO: RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506410205

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA.
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.
5. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA).
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA.
13. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.
14. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
15. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
16. ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS.
17. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO.
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
19. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.
20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA.
21. TRIBUTOS.

CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
23. PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
24. PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.
25. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
26. COBERTURAS.
27. EXCLUSIONES.
28. AVISO DE HOSPITALIZACIÓN- AVISO DE SINIESTRO
29. FORMA DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: LIQUIDACIÓN DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN.
30. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DEL BENEFICIO.

INTRODUCCIÓN

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, siempre que la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO es verdadera.

El inicio de la cobertura se encontrará condicionado a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y al pago de la Prima convenida o al momento de la ocurrencia del siniestro (antes de que ocurra el pago), lo que ocurra primero.

La Póliza y sus eventuales endosos debidamente firmados son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

ACCIDENTE: Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES PROFESIONALES: Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR.

ALTA HOSPITALARIA: Término de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico (por curación, fallecimiento, traslado o retiro voluntario).

ANTECEDENTES FAMILIARES: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia (abuelos, padres y hermanos) junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia. También se llama antecedentes

médicos familiares.

ASEGURADO: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

ASEGURADORA: RIMAC Seguros y Reaseguros.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización o beneficio que se establezca en la presente Póliza.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL: Es el importe que recibe el ASEGURADO por cada día que se encuentre hospitalizado en cualquier institución hospitalaria/ clínica legalmente establecida dentro del territorio peruano hasta por un máximo de días al año. Este monto diario y los días máximos de cobertura se indican en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de la Póliza.

Cada año, automáticamente se rehabilita el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO previa renovación de la Póliza y el pago correspondiente de la Prima.

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. Dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>).

CLÁUSULA ADICIONAL: Aquellas condiciones especiales que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

CONTRATANTE: Persona natural que toma el seguro y se obliga al pago de la Prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de ASEGURADO. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas para regir los contratos perteneciente a un mismo ramo o modalidad de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del

contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del ASEGURADO y el BENEFICIARIO, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, el beneficio máximo, el alcance de la cobertura, el importe de la Prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar y, en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.

CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO: Documento en el que consta el compromiso por parte del CONTRATANTE de pagar la Prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular de Seguro.

CORREDOR DE SEGUROS: Es la persona que maneja la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como “Bróker” o “Agente de Seguros”.

CULPA INEXCUSABLE: Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia grave, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar. Tiene el mismo efecto que el Dolo.

DECLARACIÓN INEXACTA: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – DPS: Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como

parte de la Solicitud de Seguro.

DEDUCIBLE: Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Deducibles se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Copagos y Deducibles.

DEPORTES PROFESIONALES: Conjunto de actividades deportivas, cuya práctica implica que el ASEGURADO sea compensado económicamente o que participe en competencias deportivas.

DÍAS: Son días naturales. Incluye feriados, sábados y domingos.

DOLO: Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.

Tiene el mismo efecto que la Culpa Inexcusable.

ENDOSO: Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el periodo embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: 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 presentación de la Declaración Personal de Salud.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea

higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

EXCLUSIONES: Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro y que se encuentran detalladas en el artículo de exclusiones.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

LESIÓN ACCIDENTAL: Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico que sea base para una reclamación bajo los términos de esta Póliza.

PÓLIZA DE SEGURO: Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las condiciones especiales si las hubiere entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; las condiciones particulares; las condiciones generales; la solicitud de seguro; el resumen; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales.

PRIMA O PRIMA COMERCIAL: Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la

ASEGURADORA. No incluye IGV.

PRIMA PURA DE RIESGO: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro.

RECLAMO: Comunicación que presenta un Usuario a través de los diferentes canales de atención habilitados por la ASEGURADORA, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido.

RETICENCIA: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

SALUD: Estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

SINIESTRO: Ocurrencia de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA: Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales ASEGURADOS, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

SOLICITUD DE SEGURO: Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro y que puede contener la Declaración Personal en Salud.

TASA DE COSTO EFECTIVO ANUAL (TCEA): Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el CONTRATANTE, con el monto por concepto de Prima Comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un ambiente especializado dentro de un centro médico encargado de la atención especializada de pacientes altamente críticos, definidos como aquellos con alto riesgo de mortalidad inmediata. Una UCI debe contar con los equipos necesarios para el soporte vital de una persona, así como para el debido monitoreo de sus funciones vitales.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a pagar al ASEGURADO, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza, un monto diario por cada día de hospitalización a consecuencia de un accidente o enfermedad, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y Anexos que, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 3°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- 3.1. El CONTRATANTE se compromete a pagar la Prima.
- 3.2. El ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho mecanismo, el ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.
- 3.3. El ASEGURADO se compromete a brindar a la ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de la ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la Prima correspondiente.
- 3.4. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.5. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente contrato de Seguro, mas no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el

Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

- 3.6. El ASEGURADO se compromete a facilitar a la ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

La presente Póliza tiene vigencia desde las doce del mediodía (12:00 m.) hasta las doce del mediodía (12:00 m.) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares de Seguro y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

La Póliza de Seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la Prima o en cualquier otra condición del seguro, conforme al procedimiento descrito en el literal D del artículo quinto del presente documento.

En caso el CONTRATANTE hayan venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la ASEGURADORA modifique las Primas que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE puede solicitar por escrito la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación, a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la ASEGURADORA solo desde que ésta comunique al ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente, se presume solo cuando la ASEGURADORA haya advertido al CONTRATANTE en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la ASEGURADORA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando estas sean favorables para el ASEGURADO.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas

de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el ASEGURADO.

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

En este supuesto, la ASEGURADORA se encuentra obligada de proporcionar la información suficiente al CONTRATANTE, este asimismo deberá poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, en cualquier supuesto de modificación.

D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el periodo anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la Prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la ASEGURADORA.

En caso la propuesta de modificación enviada por la ASEGURADORA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el CONTRATANTE no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la ASEGURADORA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que la Prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y, en el caso de fraccionamiento de la Prima, que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO:

El Contrato de Seguro terminará en caso de que se presenten cualquiera de los siguientes supuestos o lo que ocurra primero:

- 6.1. Al fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.
- 6.2. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- 6.3. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la Prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA):

La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- 7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.2. Por falta de pago de la Prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados

a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la Prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

- 7.3. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada de manera escrita a la ASEGURADORA en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la Prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra Prima o de modificar las condiciones contractuales.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a la ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta (una vez conocida la agravación del riesgo) tiene derecho a resolver el Contrato y percibir la Prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO o CONTRATANTE no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra Prima

que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas:

7.4.1 La ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el Contrato de Seguro en caso el ASEGURADO TITULAR presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, La ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

7.4.2 La ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el Contrato de Seguro en caso el ASEGURADO DEPENDIENTE (en caso de haberlo) presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en los numerales 7.4.1 y 7.4.2, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las Primas por el periodo efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las Primas correspondientes al periodo no corrido.

7.5 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y ésta es constatada antes de que se produzca el siniestro, la ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de Primas y/o de cobertura) de la Póliza. La propuesta de revisión deberá ser presentada al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE dé respuesta a la revisión propuesta.

La resolución del contrato se producirá luego de recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la Prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.6 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Se considera resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que la ASEGURADORA recibe una comunicación escrita del CONTRATANTE informándole sobre esta decisión. Corresponden a la ASEGURADORA las Primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, el CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente Póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- a) El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1. y 7.6. precedentes.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2. al 7.5. precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las Primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las Primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de los Centros de Atención al Cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente Póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo

que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud.

Para los efectos del reembolso de Prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, por lo cual se considera que nunca existió dicho contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

- 8.1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 8.3. precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. El pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente.

En caso de nulidad, aplican los siguientes criterios:

- a) El CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las Primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la

nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las Primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las Primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

ARTÍCULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:

- 9.1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

- 9.2. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

(i) Constatación ANTES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de Primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea el reajuste de Primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de

diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las Primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) **Constatación DESPUÉS que se produzca el siniestro:** La ASEGURADORA reducirá la Suma Asegurada a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la Prima que se hubiere cobrado y la Prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá Suma Asegurada a pagar.

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

- 10.1. Las Primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 10.2. La Prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la Prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.
- 10.3. El pago de Primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de Primas.
- 10.4. Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la Prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la Prima o que exista un cronograma de cuotas de la Prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo Efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 10.5. La ASEGURADORA podrá compensar las Primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso de siniestro.
- 10.6. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de Primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 10.7. Si las partes convinieran el pago de la Prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y supletoriamente aplica lo siguiente:
- i) Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.
 - ii) Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la Prima pactada por el periodo de cobertura.
 - iii) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la Prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.
 - iv) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
 - v) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.
- 10.8. El pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el

caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

- 10.9. Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar Primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.
- 10.10. Las Primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.
- 10.11. La ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la Prima, la cual constará en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, aunque aquella estimación será meramente referencial, por cuanto las Primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico-financieros y supuestos actuariales establecidos en el numeral precedente.
- 10.12. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

(i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA: El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de manera cierta, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al periodo corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

(ii) RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA: La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

10.13. Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la Prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas y, en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos y gastos debidamente justificados que origine la rehabilitación. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

La ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización si:

- 12.1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 12.2. Si en cualquier tiempo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o terceras personas que obren en representación de éstos, debidamente autorizados, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 12.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO bajo su complicidad o consentimiento.

La ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTÍCULO 13°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el CONTRATANTE deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de los Centros de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente Póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.

ARTÍCULO 14°.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera 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 presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el periodo inmediatamente anterior;
- (ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,
- (iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya

aceptado la Prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria. Pero esa misma Enfermedad Preexistente sí tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias.

ARTÍCULO 15°.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS:

15.1 La ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá dentro del plazo indicado en el penúltimo párrafo del presente numeral, hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella con posterioridad al internamiento o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, para lo cual el ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que se presente toda la documentación e información solicitada.

En general, la ASEGURADORA podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

15.2 Si cualquier información referente a un

ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la ASEGURADORA inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual de acuerdo a lo indicado en el numeral 7.7 de las Condiciones Generales. Para efectos del pago del siniestro, las aclaraciones o precisiones que correspondan, solo podrán ser requeridas respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o herederos legales. Las acciones legales que se podrán adoptar serán una demanda civil y/o una denuncia penal según corresponda.

ARTÍCULO 16°.- ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS:

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o herederos legales podrán presentar una queja o reclamo de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

16.1. Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.

16.2. Por escrito: Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestros Centros de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza o en el Certificado.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 17°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIO(S) o herederos legales, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento

de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 18°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los BENEFICIARIOS o herederos legales y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las coberturas provisionales, prórrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho mecanismo, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato, la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 20°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

ARTÍCULO 21°.- TRIBUTOS:

Todos los tributos presentes que graven las primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros, serán de cargo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 22°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

- 22.1 Se denomina ASEGURADO a la persona incorporada como tal en esta Póliza siempre y cuando no haya cumplido los sesenta (60) años al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.
- 22.2 Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:
- a) Al cónyuge o concubino del ASEGURADO TITULAR siempre y cuando no haya cumplido los sesenta (60) años al momento de su inscripción.
 - b) A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del ASEGURADO TITULAR, siempre que no hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad al momento de la inscripción.
- 22.3 Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO TITULAR como para su cónyuge o concubino solo serán de aplicación en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la Póliza.
- 22.4 El límite de permanencia para los hijos como ASEGURADOS DEPENDIENTES será al cumplir los veintiséis (26) años. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de la ASEGURADORA.
- 22.5 Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.
- 22.6 Los ASEGURADOS DEPENDIENTES que lleguen a la edad límite podrán contratar una nueva Póliza de Seguro bajo las mismas condiciones de la presente Póliza en calidad de ASEGURADO TITULAR, siempre que presenten la Solicitud de Seguro de la nueva Póliza en un plazo no mayor de 120 (ciento veinte) días contados desde su exclusión de la presente Póliza. En caso que los

ASEGURADOS DEPENDIENTES contraten una nueva Póliza conforme a lo anteriormente detallado, la ASEGURADORA otorgará el beneficio de continuidad de enfermedades preexistentes generadas durante la vigencia de la presente Póliza.

ARTÍCULO 23°.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

- 23.1. Los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que no hubieren excedido la edad límite fijada al momento de su inscripción y hubieren cumplido con los requisitos de afiliación correspondientes, siendo obligatorio el llenado completo de la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA.
- 23.2. Los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán asegurados a partir del primer día del mes siguiente en que se acepta la solicitud, previa aceptación de la ASEGURADORA que se evidenciará con la emisión del Endoso correspondiente, para lo cual deberá acompañar en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO. El inicio de vigencia de Póliza y renovaciones será el primer día de cada mes.
- 23.3 Las exclusiones de los ASEGURADOS DEPENDIENTES surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva. La solicitud de exclusión deberá ser presentada por escrito en cualquiera de los Centros de Atención al Cliente de la ASEGURADORA señaladas en el resumen de la presente Póliza.

ARTÍCULO 24°.- PERIODO DE CARENIA:

PERIODO DE CARENIA: Es el periodo inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

Para la presente Póliza aplican los periodos de carencia siguientes:

- A. Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad aplica periodo de carencia, el mismo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- B. Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente no aplica periodos de carencia.

No se aplicará periodo de carencia en los supuestos recogidos en el artículo 13 del presente Condicionado General.

ARTÍCULO 25°.- BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

Si el ASEGURADO sufre un accidente o enfermedad que dé lugar a una hospitalización, recibirá una suma de dinero por cada día que se encuentre hospitalizado en cualquier institución hospitalaria/clínica legalmente establecida dentro del territorio peruano hasta por un máximo de días al año. El monto diario y los días máximos de cobertura anual se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cada año, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO previa renovación de la Póliza y el pago correspondiente de la Prima.

ARTÍCULO 26°.- COBERTURAS:

La ASEGURADORA cubre el cien por ciento (100%) del monto de la renta contratada por cada día que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado, siempre y cuando la hospitalización supere las veinticuatro (24) horas y se realice en una institución hospitalaria legalmente constituida y sea justificada de acuerdo a los parámetros médicos vigentes de la ASEGURADORA.

El BENEFICIARIO es el ASEGURADO. En caso que el ASEGURADO falleciera en el periodo de tiempo en que se mantuviera hospitalizado, y no se haya solicitado la cobertura del presente Seguro, ésta deberá ser solicitada por los BENEFICIARIOS o herederos legales del ASEGURADO.

ARTÍCULO 27°.- EXCLUSIONES:

La presente Póliza no cubre ningún gasto originado por prestaciones médicas. Tampoco indemnizará al ASEGURADO en caso las hospitalizaciones sean originadas, relacionadas o causadas por:

- a) Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.
- b) Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c) No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- d) Enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio del presente seguro, conforme se señala en el artículo 14° precedente.
- 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) 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.
- g) Cirugía estética, plástica o reconstructiva. Cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia.
- h) Tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos y escleroterapia en várices.
- i) Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultantes del 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. En el caso de lesiones a consecuencia de accidentes en

- situación de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5 gr/Lt en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15 gr/Lt desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- j) Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.
 - k) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
 - l) Lesiones producidas voluntariamente o en estado mental insano como suicidio, intento de suicidio, autolesión, automutilación, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.
 - m) Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.
 - n) Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa y los derivados de ellos.
 - o) Tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
 - p) Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo 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).
 - q) Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo valgo.
 - r) Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Kaposi Sarcoma.
 - s) Tratamiento y operaciones de carácter odontológico, y cirugía bucal siendo estos los siguientes: periodontitis, osteoporosis, ortodoncia, gingivitis, prótesis, quiste dental, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza.
 - t) Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes y alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aún sean a consecuencia de un accidente.
 - u) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radiactivos así como radioterapia y rayos sin supervisión médica.
 - v) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
 - w) Tratamiento y operación de Fimosis.
 - x) Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas y hospitalizaciones por convalecencia.
 - y) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el BENEFICIARIO o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes BENEFICIARIOS o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
 - z) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
 - aa) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas,

- motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- bb) La práctica o desempeño de profesión u oficio claramente riesgoso, siendo aquellos los siguientes: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.
 - cc) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
 - dd) Enfermedades oncológicas y/o diagnosticadas como cáncer. En los casos que exista alta sospecha de cáncer, la cobertura del evento estará sujeta a la presentación del resultado de anatomía patológica, la cual deberá tener resultado negativo.
 - ee) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).
 - ff) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

ARTÍCULO 28°.- AVISO DE HOSPITALIZACIÓN- AVISO DE SINIESTRO:

El ASEGURADO deberá dar aviso por escrito a la ASEGURADORA. Asimismo, el plazo para dar aviso del siniestro se computa de la siguiente manera:

- a) Sesenta (60) días calendario después de la fecha del accidente o enfermedad que origine la hospitalización; o
- b) Siete (7) días calendario desde que el ASEGURADO conoce el beneficio.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, ésta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

ARTÍCULO 29°.- FORMA DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: LIQUIDACIÓN DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN:

La ASEGURADORA efectuará vía reembolso y luego de la presentación de los documentos necesarios, el pago de un monto diario al ASEGURADO por cada día de hospitalización debidamente justificado. El monto es el equivalente al 100% del contratado e indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de la Póliza.

ARTÍCULO 30°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DEL BENEFICIO:

Sin perjuicio de lo estipulado en el Artículo 28°, a efectos de solicitar el beneficio, el ASEGURADO deberá presentar lo siguiente, en su totalidad al término de la hospitalización:

1. Factura o boleta de pago según corresponda y documento que acredite la hospitalización en el hospital o clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización
2. Copia fedateada de la historia clínica desde el ingreso al internamiento.
3. Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
4. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO, en caso de ser menor de edad podrá presentar adicionalmente, la partida de nacimiento.
5. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los BENEFICIARIOS o herederos legales deberán presentar además de los mismos documentos anteriores (excepto el Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO) lo siguiente:
 - a) El Acta de Sucesión Intestada (vía notarial), Declaratoria de Herederos (vía judicial) o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales o BENEFICIARIOS, según corresponda.
 - b) Original y/o certificación de reproducción notarial del Certificado de Defunción.
 - c) Original y copia del Documento Nacional de Identidad de los BENEFICIARIOS o solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
 - d) Protocolo de necropsia, en caso corresponda.
 - e) Atestado policial completo, en caso corresponda.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación para que se produzca la liquidación del siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara la ASEGURADORA, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite prórroga del plazo.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para realizar el pago de la indemnización indicada en el Artículo 22° al ASEGURADO o a sus BENEFICIARIOS o herederos legales. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.

CLÁUSULA ADICIONAL **DOBLE INDEMNIZACIÓN POR** **HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE** **CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

ARTÍCULO 1°.- COBERTURA

La presente cláusula adicional comprende una doble indemnización por día de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, según la Suma Asegurada contratada detallada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de la Póliza.

En caso de que se cubran estos beneficios adicionales, se entiende para todos los efectos que estos pagos no son adicionales al pago de la indemnización por Renta Hospitalaria.

ARTÍCULO 2°.- INDEMNIZACIONES A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Renta Hospitalaria más alguna de las coberturas adicionales de Renta Hospitalaria. Solamente se cubrirá la indemnización de mayor cobertura.

ARTÍCULO 3°.- INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Renta Hospitalaria no podrán exceder en conjunto del 100% de la Suma Asegurada por este concepto ni el tiempo indicado como máximo indemnizable.

ARTÍCULO 4°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

Con la historia clínica presentada por el ASEGURADO se identifica si el ASEGURADO ha sufrido una de las condiciones necesarias para acceder a los beneficios adicionales. Si luego de la revisión se detecta que el ASEGURADO ha estado hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos – UCI, se procederá a duplicar la indemnización diaria que se tiene especificada en el producto Renta Hospitalaria. Para acceder a los beneficios adicionales no es necesario presentar documentos adicionales a los ya solicitados en el Artículo 31° Condicionado General.

ARTÍCULO 5°.- VIGENCIA DE DISPOSICIONES

Las demás disposiciones establecidas en la Póliza, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

CLÁUSULA ADICIONAL
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR FRACTURA
DE HUESOS

ARTÍCULO 1°.- COBERTURA

La presente cláusula adicional comprende una doble indemnización por día de hospitalización a consecuencia de una fractura de huesos, según la Suma Asegurada contratada detallada en las Condiciones Particulares y /o Certificado de la Póliza.

Los pagos que se efectúen por concepto del beneficio adicional no disminuye el Beneficio Máximo Anual por Persona.

En caso de que se cubran estos beneficios adicionales, se entiende para todos los efectos que estos pagos no son adicionales al pago de la indemnización por Renta Hospitalaria.

ARTÍCULO 2°.- INDEMNIZACIONES A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Renta Hospitalaria más alguna de las coberturas adicionales

de Renta Hospitalaria. Solamente se cubrirá la indemnización de mayor cobertura.

ARTÍCULO 3°.- INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Renta Hospitalaria no podrán exceder en conjunto del 100% de la Suma Asegurada por este concepto ni el tiempo indicado como máximo indemnizable.

ARTÍCULO 4°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

Con la historia clínica presentada por el ASEGURADO se identifica si el ASEGURADO ha sufrido una de las condiciones necesarias para acceder a los beneficios adicionales.

Si luego de la revisión se detecta que el ASEGURADO a estado hospitalizado en UCI o si ha sufrido fractura de huesos, se procederá a duplicar la indemnización diaria que se tiene especificada en el producto Renta Hospitalaria.

Para acceder a los beneficios adicionales no es necesario presentar documentos adicionales a los ya solicitados en el condicionado general.

ARTÍCULO 5°.- VIGENCIA DE DISPOSICIONES

Las demás disposiciones establecidas en la Póliza, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.