

**SEGURO DE VIDA COLECTIVA
ANEXO DE COBERTURA DE SUBSÍDIO DIARIO DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE**

Póliza N°:
Contratante:
Asegurado:
Vigencia de este Anexo:

Queda entendido y convenido que, sujeto a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la póliza arriba citada, a la cual se adhiere este Anexo y, sujeto al pago de la prima extra por parte del Contratante y/o Asegurado, el seguro se extiende a cubrir la cobertura descrita a continuación bajo las siguientes estipulaciones:

1. COBERTURA:

La Compañía pagará la renta diaria expresada en las condiciones particulares, siempre y cuando el Asegurado esté necesariamente hospitalizado para recibir tratamiento y/o intervención quirúrgica como consecuencia de cualquier accidente cubierto por la Póliza a la cual se adhiere el presente anexo.

El beneficio diario empezará a partir del día de admisión del Asegurado en el hospital y cesará el día en que el Asegurado sea dado de alta. Dicho beneficio será abonado durante un periodo máximo trescientos sesenta y cinco (365) días consecutivos; en las condiciones particulares se convendrá el plazo efectivo de cobertura. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) día de Hospitalización del Asegurado.

La Compañía pagará los valores causados sin superar el valor límite del total asegurado en las condiciones particulares y sin afectar el límite asegurado del resto de coberturas.

En caso de que el Asegurado sea hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital como consecuencia de haber sufrido un accidente, el valor de renta diaria será el monto establecido en las condiciones particulares, el cual podría ser adicional al monto de renta diaria por hospitalización regular.

Los periodos sucesivos posteriores de internamiento clínico, debido a la misma causa anteriormente indemnizado, o que tenga relación con ella, serán así mismo indemnizados, pero bajo la consideración de un solo accidente, a menos que el nuevo internamiento se produzca con posterioridad a seis (6) meses desde que el Asegurado fue dado de alta del establecimiento sanitario.

Esta Póliza garantiza únicamente prestaciones, en la forma y cuantía que en la misma se establecen, sin que, por lo tanto, tenga que guardar relación alguna con el costo de la asistencia sanitaria que se utilice. La persona que reciba los beneficios puede darles el destino que estime conveniente.

A no ser que se estipule lo contrario en las condiciones particulares, una vez indemnizada esta cobertura, los beneficios otorgados bajo la presente póliza a la cual se adhiere este anexo, permanecerán vigentes.

2. DEFINICIONES:

Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que requiera la hospitalización del Asegurado dentro de los primeros noventa (90) días siguientes de la fecha en que ocurrió el acontecimiento, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza.

Deducible: Significa el porcentaje o monto fijo con el que el Asegurado participa del riesgo, el cual será cobrado por la Compañía, pudiéndolo descontar de la indemnización que le corresponda al Asegurado por el beneficio.

Día de Hospitalización: Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

Enfermedad: Es aquella enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad al ingreso al seguro. También se considera preexistente la lesión sufrida por el Asegurado por causa de un accidente ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura individual del asegurado.

Hospitalización: Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o sanatorio, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria de algún accidente, o lesión corporal.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos para entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros.

3. EXCLUSIONES:

El presente anexo no cubre gastos médicos causados por, o a consecuencia de:

- a. Enfermedades y dolencias, sean corporales o mentales;
- b. Condiciones o enfermedades preexistentes; enfermedades, accidentes, lesiones orgánicas o trastornos funcionales originados con anterioridad al ingreso a este seguro.
- c. Intervención en cualquier tipo de competencias, carreras o participación deportiva de manera profesional.
- d. Práctica de deportes de alto riesgo Carreras de velocidad o resistencia.
- e. Guerra (declarada o no), cualquier acto de guerra o insurrección, huelga, motín, conmoción civil, asalto, servicio en cualquier fuerza militar de cualquier país, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización o servicio en fuerzas del orden.
- f. Servicio militar del Asegurado en las fuerzas armadas de cualquier país o cuerpo internacional, ya sea en tiempo de guerra o de paz, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización, o cualquier otro tipo de fuerzas del orden. En estos casos, la Compañía al ser notificada por el Asegurado, devolverá la prima correspondiente a esta cobertura al periodo que falte hasta el vencimiento de este Anexo.
- g. Viajes aéreos que se realicen en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros y que no operen sobre una ruta establecida, así como también si el asegurado fuese miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- h. Accidentes producidos mientras el Asegurado comete actos delictivos, infracciones a las leyes, ordenanzas o reglamentos públicos o resistencia al arresto policíaco.
- i. Anomalías congénitas y trastornos derivados o relacionados con las mismas.
- j. Influencia de estupefacientes, drogas y/o bebidas alcohólicas, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- k. Accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos X, o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.
- l. Cuando el diagnóstico sea realizado por un miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un Médico.
- m. Enfermedad corporal o mental, o tratamiento médico o quirúrgico de tales enfermedades, hernias o infecciones por potomanía o bacterianas, excepto infecciones piogénicas resultantes de heridas sufridas accidentalmente.
- n. Exámenes físicos o de rutina;
- o. Enfermedades y/o accidentes originados por radiación o reacción nuclear o contaminación radioactiva, siempre que no sean debidos a tratamiento médico.
- p. Parto, aborto provocado y todas sus consecuencias ginecológicas.
- q. Operaciones de cirugía estética, excepto las necesarias como resultado de un accidente.
- r. Curas de sueño, de reposo, de alcoholismo o de toxicomanías.
- s. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico-científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- t. Tratamientos dentales y oftalmológicos a menos que sean necesarios debido a un accidente.
- u. Cualquier atención otorgada en un centro médico no autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- v. Atenciones en instituciones de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas consideradas adultos mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien, un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.

El Asegurado deberá, como condición precedente a toda obligación de la Compañía, probar que la pérdida no fue consecuencia de, o causado por, alguna de las circunstancias que han sido excluidas.

4. ELEGIBILIDAD

Salvo se indique lo contrario en condiciones particulares, son elegibles todas las personas vinculadas al contratante, permanentemente, hasta la edad de sesenta y cinco (65) años, con permanencia hasta los sesenta y nueve (69) años.

5. DEDUCIBLE

En caso de haber lugar al pago de indemnización por un siniestro amparado por la cobertura establecida en este Anexo, el Asegurado asumirá el valor equivalente al estipulado en las Condiciones Particulares.

6. AVISO DEL SINIESTRO:

La ocurrencia del accidente causante de las lesiones corporales mencionadas en este Anexo deberá ser notificada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de tal evento. El Asegurado o beneficiario podrá justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado o pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, para cumplir con este deber. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro podrá exceder el tiempo señalado en el Art. 729 del Código de Comercio.

7. REVISIÓN MÉDICA:

La Compañía podrá examinar al Asegurado cuando y tantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago de la cobertura.

8. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO:

La Compañía pagará la cobertura bajo el presente seguro una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

- a. Formulario de reclamación llenado por el asegurado y médico.
- b. Copia de la cédula de identidad
- c. Historia Clínica del Asegurado
- d. Certificado del Centro Hospitalario donde fue atendido, indicando la fecha, hora de ingreso y salida, así como el tratamiento realizado.
- e. Facturas originales de gastos incurridos

9. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO OTORGADO POR ESTE ANEXO

Durante la vigencia de la presente Póliza, el Asegurado podrá solicitar unilateralmente la terminación anticipada de esta Póliza, en caso de no existir reclamaciones presentadas la Compañía reembolsará la prima no devengada a prorrata; por su parte, la Compañía podrá dar por terminado el seguro por falta de pago de primas en el tiempo indicado en estas condiciones, por incumplimiento de notificar la modificación del riesgo durante la vigencia de la póliza, en cuanto se refiere a la actividad que desempeña el Asegurado, por dolo o mala fe del Asegurado y en caso de liquidación, teniendo la Compañía el derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido. En cualquiera de los casos, las partes deberán notificar su decisión por escrito e incluso por medios electrónicos.

Ciudad, xx de xxxxxxx de 20xx

Solicitante

La Compañía

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo el registro número: SCVS-1-2-CA-678-370004425-31102025.