

Microseguro Muerte Accidental

Póliza Simplificada

Código SBS:

Fecha de emisión:

Inicio de Vigencia: DD/MM/AAAA

Fin de Vigencia: DD/MM/AAAA

Datos del Contratante	
Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Comercializador	
Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Corredor de Seguro (en caso corresponda)	
Nombre:	Código SBS:
Dirección:	Comisión:

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos:	
DNI/CE:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos:	
DNI/CE:	Fecha de Nacimiento:

Beneficiarios				
Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Parentesco	Dirección	%

Coberturas	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Coberturas principales			
<p>MUERTE ACCIDENTAL: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Se cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente.</p>	S/	S/	S/
<p>AUXILIO EDUCATIVO: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la renta mensual temporal señalada el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.</p> <p>Esta cobertura cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de Chubb Seguros Perú que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. Esta cobertura se indemnizará en adición a la cobertura principal de Muerte Accidental.</p>	S/	S/	S/
<p>DESAMPARO FAMILIAR SUBITO: En caso que el ASEGURADO y su Cónyuge o Concubina(o) declarada(o) en el presente documento fallezcan a consecuencia de un mismo accidente y siempre que ambos fallecimientos ocurran dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido dicho accidente, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Esta cobertura será indemnizada siempre y cuando existan hijos menores de edad al momento del fallecimiento de ambos padres.</p> <p>Los beneficiarios de la presente cobertura se designarán en la tabla que está al inicio del presente documento.</p>	S/	S/	S/
<p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro. Se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si presenta alguna de las siguientes condiciones:</p> <p>a) Estado absoluto e incurable de alienación mental (descerebramiento) que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida; b) Fractura incurable de la columna vertebral; c) Ceguera total de los 2 ojos; d) Ceguera total de 1 ojo y pérdida funcional de 1 miembro;</p>	S/	S/	S/

e) Pérdida funcional de 2 o más miembros. Para efectos de la presente cobertura, el beneficiario es el mismo ASEGURADO.			
DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En caso de Pérdida Total de algún órgano o miembro del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada que corresponda para esta cobertura basándose en la tabla de indemnizaciones que se anexa al presente documento, siempre que la causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro. Para efectos de la presente cobertura, el beneficiario es el mismo ASEGURADO.	S/	S/	S/
Coberturas adicionales			
XXXX	S/	S/	S/
XXXX	S/	S/	S/
XXXX	S/	S/	S/
XXXX	S/	S/	S/
XXXX	S/	S/	S/
Plan elegido			

Prima

La prima convenida será pagada mensualmente (i) de forma directa en las oficinas de la aseguradora o comercializador, (ii) a través de cargo en cuenta del contratante, (iii) descuento por planilla, los días 9 o 24 de cada mes, según corresponda. Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el Contratante (el que corresponda) tuvo para cancelar la prima, vencido el cual el contrato quedará resuelto a partir de la fecha en que culmina el periodo de gracia. Durante el periodo de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

Prima Comercial : S/
 Prima Comercial + IGV : S/
 Periodicidad de Pago: XXX
 TCEA: XX%

La cuota mensual se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las cuotas mensuales se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

De ser la tarjeta de crédito el medio de pago: En caso de cambio de número de tarjeta por cualquier circunstancia, el CONTRATANTE autoriza la afiliación del cargo automático de este microseguro a la tarjeta que se emita en sustitución de la anterior, sin perjuicio de ello, es obligación del CONTRATANTE informar al COMERCIALIZADOR el cambio de número de la tarjeta de crédito para poder continuar efectuando los cargos del microseguro.

El COMERCIALIZADOR no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por no contar con línea suficiente en la tarjeta de crédito o con saldo suficiente en la cuenta bancaria o algún error

en la consignación del número de la tarjeta de crédito o de la cuenta bancaria. El CONTRATANTE podrá desafilarse del cargo automático hasta 48 horas antes de la fecha de vencimiento de pago de la prima. La póliza simplificada deberá ser entregada los CONTRATANTES en el plazo máximo de diez (10) días contados desde la fecha en que la Compañía o el Comercializador recibe la solicitud de Seguro.

Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Desmembramiento: Se refiere a la pérdida total de algún órgano o miembro señalado en la tabla de indemnizaciones que se adjunta en el Anexo A.

Enfermedad preexistente: Se entiende por enfermedad o dolencias preexistentes, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación de la presente póliza.

Invalidez Total y Permanente: Se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental (descerebramiento) que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida;
- b) Fractura incurable de la columna vertebral;
- c) Ceguera total de los 2 ojos;
- d) Ceguera total de 1 ojo y pérdida funcional de 1 miembro;
- e) Pérdida funcional de 2 o más miembros.

Miembro: Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas.

Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

Pérdida Total: Separación (cercenamiento) completa y definitiva de un órgano o miembro del organismo al cual pertenece.

Pérdida Funcional: Es la ausencia definitiva de toda capacidad de función o fisiológica del o de los órganos o miembros afectados, sin implicar su separación del organismo al cual pertenece.

Comercializador: persona natural o jurídica con la que la empresa celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de bancaseguros.

Condiciones para ser Asegurado

Podrán asegurarse bajo este seguro las personas comprendidas entre los dieciocho (18) y sesenta y cuatro (64) años de edad (inclusive), pudiendo permanecer aseguradas hasta la edad de sesenta y nueve (69) años (inclusive). Por lo tanto dejarán de estar aseguradas, en forma automática, aquellas personas que cumplan setenta (70) años de edad.

Vigencia

El presente microseguro tendrá una vigencia anual con renovación automática. Entra en vigencia a partir de las 12:00 horas de la fecha de emisión de la presente póliza.

Exclusiones

Queda excluido de cobertura los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar el seguro.**
- b) Guerra civil o internacional, declarada o no.**
- c) Radiación nuclear.**
- d) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos,**
- e) Suicidio, consciente y voluntario.**
- f) Homicidio causado por un beneficiario de este seguro, dejando a salvo el derecho de los demás beneficiarios.**

Terminación del Microseguro y Resolución del Contrato sin Expresión de Causa

Este seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) A la ocurrencia de cualquier siniestro amparado bajo esta Póliza e indemnizado por la COMPAÑÍA.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) La falta de pago de la prima, en los plazos establecidos en esta Póliza.

De otro lado, este seguro quedará resuelto cuando:

- d) A solicitud expresa del CONTRATANTE.
- e) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO.

Para esto, la COMPAÑÍA emitirá una comunicación indicándole el motivo de la resolución en un plazo no menor a treinta (30) días de efectuarla.

El CONTRATANTE podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su seguro, mediante cualquiera de los mecanismos utilizado para la contratación del microseguro, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendarios, en cuyo caso esta última devolverá al CONTRATANTE la prima que eventualmente haya pagado por adelantado y que no haya sido devengada.

Procedimiento para Solicitar Cobertura en Caso de Siniestro

En caso de siniestro los beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

1) Dar aviso al Comercializador o a Chubb Seguros Perú, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. En su caso, el Comercializador se encargará de tramitar el pago de la indemnización correspondiente ante Chubb Seguros Perú.

2) Presentar al Comercializador o a Chubb Seguros Perú los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):

Para las coberturas de Muerte Accidental, Auxilio Educativo y Desamparo Familiar Súbito:

- a) Partida (o Acta) de Defunción del ASEGURADO y su cónyuge (en caso corresponda);**
- b) Certificado de Defunción del ASEGURADO y su cónyuge (en caso corresponda);**
- c) Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales (de ser el caso);**
- d) Declaratoria de herederos legales o Testamento o Sucesión Intestada (de ser el caso);**
- e) Atestado Policial completo, en caso corresponda;**
- f) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;**

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Desmembramiento por Accidente:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- b) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud, Comité Médico de las AFP (COMAFP) o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a lo establecido en la legislación Peruana.

La COMPAÑÍA deberá realizar el pago de la indemnización dentro del plazo máximo de veinte (20) días, contados desde la fecha en que ha recibido la información y/o documentación completa.

Atención de Consultas y Reclamos

En caso de consultas o reclamos el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede llamar al Área de Atención al Cliente de Chubb Seguros Perú S.A., al teléfono 417-5000 opción 3, enviar una carta o acercarse a la oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 – Oficina 402, San Isidro, Lima, en el siguiente horario: de Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., o escribir al correo atencion.seguros@chubb.com. En todos los casos los reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días calendarios de presentados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.

En caso de persistencia del reclamo o que no se encuentren conforme con las respuestas brindadas por la COMPAÑÍA, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

En los casos de consultas o reclamos efectuados por los CONTRATANTES y/o ASEGURADOS y/o BENEFICIARIOS por falta de pago de la indemnización correspondiente, el trámite deberá efectuarse a través del Comercializador o del corredor de seguros o la COMPAÑÍA. Para tales efectos, la COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días calendarios para resolver el reclamo presentado.

Defensoría del Asegurado

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO tiene derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional, cuyo número telefónico y página web son 421-0614 y www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que pudieran surgir, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado. El fallo de la Defensoría no es vinculante para el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, quien podrá acudir a las demás instancias judiciales y/o administrativas que considere conveniente.

Ajuste de Prima y Modificación de Condiciones

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar ajustes integrales a las Primas o modificaciones a las condiciones de este Microseguro, en cuyo caso comunicará al CONTRATANTE las modificaciones introducidas por lo menos con cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia. El CONTRATANTE cuenta con un plazo no menor a treinta (30) días previos al vencimiento de la

póliza para manifestar su rechazo con la propuesta; ante el silencio del CONTRATANTE, se entenderán como aceptadas las nuevas condiciones de la renovación.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada mediante el sistema de comercialización a distancia, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza Simplificada del microseguro que no sea condición para contratar operaciones crediticias.

Para tal fin, el CONTRATANTE que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

Declaraciones de la Compañía

LA COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el COMERCIALIZADOR con motivo de la comercialización del presente microseguro, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a éste último.

Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO al COMERCIALIZADOR, por aspectos relacionados con el contrato de microseguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al COMERCIALIZADOR, se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de realización del pago.

En caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Res. SBS N° 8181-2012 y normas modificatorias.

Declaraciones del Contratante

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes

El presente seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, conforme a la Ley 29355.

Contratante

Anexo A

**Tabla de Indemnizaciones
 Para Desmembramiento por Accidente**

<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de los 2 ojos • Pérdida total de 2 o más miembros • Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro 	100%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 miembro superior (brazos) • Pérdida total de 1 mano o de 1 miembro inferior (pierna). • Pérdida total de los 2 oídos. • Pérdida total de 1 ojo, tratándose de un asegurado que sufría de ceguera total del otro. 	50%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 pie. 	40%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 ojo. 	35%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 oído en caso de que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa del otro. 	25%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 pulgar. 	20%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total del índice derecho. • Pérdida total del índice izquierdo. 	15%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 oído. 	13%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano. 	5%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 dedo del pie. 	3%

Disposiciones:

- A.1** Por la pérdida total de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada indicada en la Solicitud – Certificado del Seguro.
- A.2** Asimismo, el total de indemnizaciones por uno o más accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura de esta póliza, no podrán en ningún caso, exceder del 100% de la suma asegurada.
- A.3** La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional, en relación a la pérdida del dedo completo correspondiente.
- A.4** La indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falange perdidos. Igual procedimiento se seguirá para avaluar la pérdida de varios miembros, pero en ningún caso la indemnización podrá ser mayor del 100% del capital asegurado.

Muerte Accidental en Transporte Público

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras la cobertura principal lo sea y esté vigente.

1. Descripción de la Cobertura

En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido en condición de pasajero, ya sea cuando ha estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público, ya sea terrestre, ferroviario, acuático o aéreo, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud - Certificado, siempre y cuando el ASEGURADO haya realizado el pago respectivo por el pasaje, que el medio de transporte cumpla una ruta regular y que cuente con las licencias respectivas para efectuarlo y que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional.

Esta Cláusula Adicional cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

2. Exclusiones

Rigen para la presente cobertura las Exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza para la cobertura principal.

3. Procedimiento en Caso de Sineistro

Rige para la presente cobertura el mismo procedimiento establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras la cobertura principal lo sea y esté vigente.

1. Cobertura

La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicada en la Solicitud - Certificado de la póliza, por cada día de internamiento del ASEGURADO superior a 24 horas en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad o accidente ha sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. Esta Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

2. Exclusiones

Quedan excluidas de cobertura las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la Solicitud - Certificado.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacionen directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas pre-existentes.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

3. Procedimiento en Caso de Siniestro

Si ocurriera un evento que diera lugar a reclamaciones bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- 3.1 Aviso:** Dar aviso por escrito a LA COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por esta Cláusula Adicional.
- 3.2 Documentos:** Una vez finalizado el periodo de hospitalización, sin considerar el periodo de convalecencia, el ASEGURADO deberá presentar los siguientes documentos (originales o copias legalizadas):
 - Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización.
 - Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.
 - Demás documentos que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al ASEGURADO.
 - Documento de identidad del ASEGURADO.
- 3.3 Cooperación:** En caso de una reclamación en virtud de la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO no sólo procederá a dar aviso a LA COMPAÑÍA, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la lesión que motivó la hospitalización. El ASEGURADO está obligado en cualquier momento, a entregar a LA COMPAÑÍA todos los recibos, facturas, resultados de exámenes y cualquier otro documento que LA COMPAÑÍA considere necesario exigir con referencia a una reclamación. Igualmente el ASEGURADO está obligado a obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiendo o hubiesen atendido tanto a él como a cualquiera de las personas Aseguradas, proporcionen a LA COMPAÑÍA información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con el ASEGURADO. LA COMPAÑÍA, a su propio costo, tendrá derecho a examinar por sus médicos a cualquier ASEGURADO inscrito en la presente póliza, y el mismo se obliga a someterse a dichos exámenes, haya habido reclamación o no.
- 3.4 Pago de la Indemnización:** LA COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, o a sus herederos legales si éste hubiese fallecido antes del pago, el monto establecido en la Solicitud-Certificado por cada día de hospitalización, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de los documentos que conforman el reclamo. El pago se efectuará una sola vez al final del periodo de hospitalización, sin considerar el periodo de convalecencia. LA COMPAÑÍA queda automáticamente autorizada para descontar de la indemnización del siniestro las primas vencidas e impagas a la fecha de indemnización.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ella, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras la cobertura principal lo sea y esté vigente.

1. Descripción de la Cobertura

En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará hasta el límite establecido en la Solicitud-Certificado, los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes que fueren necesarios para su curación; siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por LA COMPAÑÍA hasta el límite señalado en la Solicitud-Certificado.

El seguro cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

2. Exclusiones

Rigen para la presente cobertura las Exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza para la cobertura principal.

3. Procedimiento en Caso de Siniestro

- a. **Dar aviso a la COMPAÑÍA, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios de ocurrido el evento, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible.**
- b. **Presentar a la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada):**
 - a) **Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;**
 - b) **Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.**
 - c) **Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.**

Muerte Accidental en Transporte Privado Terrestre o Como Peatón

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida y regirá mientras la cobertura principal lo sea y esté vigente.

1. Descripción de la Cobertura

En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente de tránsito, ya sea como conductor o pasajero de un medio de transporte privado terrestre, cuando haya estado viajando, subiendo o descendiendo del mismo y que haya ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional.

Asimismo, a efectos de esta cobertura quedan incluidos los accidentes de tránsito que el ASEGURADO pueda sufrir como Peatón, solo cuando el accidente consista en el atropello del ASEGURADO por un vehículo terrestre motorizado, público o privado, mientras el ASEGURADO se encuentre circulando en la vía pública.

Esta cobertura cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

El pago del beneficio correspondiente a esta cobertura deja sin efecto los beneficios que correspondan bajo la cobertura principal.

2. Exclusiones

En adición a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la cobertura principal quedan excluidos para la presente cobertura los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Bajo la influencia de drogas o estupefacientes.**
- b) Estado etílico del ASEGURADO, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el evento que produjo su fallecimiento. Para efectos de esta cobertura se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por cada hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.**
- c) Infracción de las Reglas de Tránsito Terrestre que sean de aplicación a los conductores y peatones, según sea el caso.**

3. Procedimiento en Caso de Siniestro

Rige para la presente cobertura el mismo procedimiento establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.