



**BNP PARIBAS
CARDIF**

SEGURO DE RENTA HOSPITALARIA
(Nombres Comerciales: Renta Hospitalaria SBK, Renta Hospitalaria Cencosud)
CÓDIGO SBS: AE2086110005/AE2086120006

1. COBERTURA PRINCIPAL:

1.1 RENTA HOSPITALARIA:

La Compañía garantiza el pago de una indemnización al Asegurado por día de Hospitalización debido a un Accidente o Enfermedad, hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, según el plan elegido.

La Renta Hospitalaria es un dinero de libre disponibilidad del Asegurado, el mismo que será pagado por la Compañía, una vez concluida la hospitalización y siempre que se cumpla con la entrega de la documentación sustentatoria del Siniestro.

La forma de pago de la indemnización, Deducible, Período de Carencia y Planes se establecerá en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2. COBERTURA ADICIONAL:

2.1. MUERTE ACCIDENTAL:

La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, según el plan elegido, si Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea a consecuencia directa de las lesiones ocurridas por el Accidente. Se entenderá como

fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.

La póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las 24 horas del día.

3. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente a:

- 2.1. Pre-existencias a la fecha de contratación del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
- 2.2. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátricos o psicológicos, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas estupefacientes y/o alcohol.
- 2.3. Chequeos médicos o despistajes.
- 2.4. Tratamiento o procedimiento médico o cirugías con fines estéticos, cirugía plástica, cirugía reconstructiva, cirugía, así como las cirugías por mamoplastía reductora ó ginecomastia, circuncisión o postectomía, cirugías de liposucción. Lipoescultura, ú hospitalizaciones para tratamientos de reducción o aumento de peso, obesidad o desnutrición. Sólo estarán cubiertos las cirugías reconstructivas o plásticas necesarias como resultado de un Accidente cubierto por este seguro y que haya ocurrido después del inicio de vigencia de esta póliza. No estarán cubiertas las hospitalizaciones por tratamientos médicos por Hallux valgus o juanete, pie valgo, pie plano o varo valgo.
- 2.5. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- 2.6. Suicidio, intento de suicidio y/o lesiones autoinflingidas estando en su sano juicio o no.
- 2.7. Hospitalizaciones por embarazo, parto, aborto provocado o no provocado.

- 2.8. Tratamientos de esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil o cambio de sexo, tratamientos que tengan por objeto procurar o evitar la procreación. Estarán excluidos los tratamientos médicos relacionados con enfermedades de los órganos de reproducción femeninos, a excepción de cáncer.
- 2.9. Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 2.10. Hospitalizaciones realizadas en centros no reconocidos por el Ministerio de Salud o por el Colegio Médico Peruano o fuera del territorio peruano.
- 2.11. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.
- 2.12. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, insurrección, poder militar o usurpación, así como las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquier Fuerza Armada, fenómenos catastróficos de la naturaleza, energía atómica, así como los que resulten de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo, así como lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia, cobaltoterapia y rayos sin supervisión médica.
- 2.13. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, caza, pesca submarina, boxeo, rodeo, rugby, esquí acuático, kayak, canotaje, práctica de surf, paracaidismo, puenting, ala delta, parapente, troteo, escalada, deportes a caballo y artes marciales.
- 2.14. Pandemias o Epidemias.
- 2.15. Accidente de trabajo o Enfermedad profesional para los trabajadores de empresas que realizan las actividades descritas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y/o normas modificatorias o sustitutorias.

4. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente a:

- 4.1. Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo ó por terceros con su consentimiento.
- 4.2. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- 4.3. Las lesiones preexistentes al momento de contratar este Seguro.
- 4.4. Los Accidentes derivados de infarto de miocardio, ataque epiléptico, apoplejías, síncope, accidente cerebro vascular, desvanecimientos, sonambulismo y trastornos mentales, así como aquellos originados o como repercusión o consecuencia de estos eventos, episodios o crisis y/o los derivados de negligencia médica o mala praxis.
- 4.5. Las consecuencias de hernias, inhalación de gases, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos.
- 4.6. Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- 4.7. Los accidentes ocurridos cuando el Asegurado se encuentra bajo la influencia del alcohol y/o drogas, estupefacientes o cualquier sustancia prohibida (sin importar su grado de presencia en la sangre) o en estado de sonambulismo. Están considerados dentro de esta exclusión los accidentes relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o consumo de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, narcóticos o fármacos con efectos alucinógenos, Presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0,5 gramos litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.
- 4.8. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 4.9. 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.
- 4.10. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- 4.11. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

4.12. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, caza, pesca submarina, boxeo, rodeo, rugby, esquí acuático, kayak, canotaje, práctica de surf, paracaidismo, puenting, ala delta, parapente, toreo, escalada, deportes a caballo y artes marciales.

4.13. La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio riesgoso no declarado por el Asegurado.

4.14. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

4.15. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas.

Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.

Asimismo, rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

5. DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS

Para la Cobertura de Renta Hospitalaria se deberán presentar los siguientes documentos:

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD:

- Formulario de denuncia de Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.
- Original y/o copia legalizada del Certificado médico.
- Original y/o copia legalizada de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
- Original y/o copia legalizada del documento que acredite el alta o salida del Asegurado.

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI):

- Formulario de declaración del Siniestro firmado por el Asegurado, Contratante, Beneficiario y/o Herederos Legales, el mismo que podrá ser solicitado en la Compañía de Seguros y/o en el Contratante.
- Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado.
- Copia del Comprobante de pago de la Clínica u Hospital donde fue hospitalizado que indique fecha de ingreso y alta.
- Copia de la Epicrisis o Historia Clínica de la hospitalización (foliada y fedateada).
- Copia de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado.
- Certificado Médico Completo.
- Orden de Hospitalización firmada por el médico tratante.
- Informe médico en el que se detalle:
 - - Diagnóstico definitivo.
 - Tratamiento realizado.
 - Días de Hospitalización.
 - Número de historia médica y Clínica u Hospital donde recibió la atención.
 - Médico tratante.
 - Fechas de atención.

Adicional a los documentos antes indicados, en caso de Hospitalización por Accidente se deberá presentar:

- Original y/o copia legalizada del Atestado policial.
- Resultado de examen toxicológico y dosaje etílico.

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia simple del Acta de defunción del Asegurado.
- Original y/o copia certificada del Certificado de defunción del Asegurado.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.

- Original y/o copia legalizada de la Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Original y/o copia legalizada del Atestado Policial.
- Original y/o copia legalizada del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.

En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el primer párrafo, suspendiéndose el plazo hasta que se presente la documentación adicional correspondiente.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los Documentos Sustentatorios completos.

En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

6. EDAD:

Edad Mínima de Ingreso: 18 años

Edad Máxima de Ingreso: 64 años y 364 días

Edad Máxima de Permanencia: 69 años y 364 días

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Producido el Siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicarlo a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro o del Beneficio. En caso la Compañía opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, este será establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, debiendo el Asegurado y/o Beneficiario cumplir para tal efecto las condiciones ahí establecidas.

El Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura por escrito a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La Compañía podrá investigar, revisar, solicitar o comprobar la autenticidad de la información recibida; en general podrá disponer de las medidas necesarias para la sustentación del Siniestro.

El aviso del Siniestro será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.