

ANEXO I

COBERTURA OPCIONAL ESPECIAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

Esta Cobertura Complementaria queda sometida a las condiciones y estipulaciones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza principal a la que se adhiere esta cobertura, en lo que le fueren aplicables:

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará el monto de renta diaria establecido para esta Cobertura Complementaria en caso que el Asegurado sea hospitalizado por un Accidente cubierto según lo indicado para el riesgo de Accidente de la Cláusula 1.2 Coberturas Opcionales de Accidentes de las Condiciones Generales de la Póliza Principal o cualquier Enfermedad que cause una hospitalización al Asegurado. A efecto de esta cobertura, para calcular la indemnización correspondiente se contarán las noches en que el Asegurado duerma en el hospital, a partir de la tercera noche.

2. EXCLUSIONES

Se consideran efectivas para esta Cobertura Complementaria las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza principal para las Coberturas Opcionales de Accidentes descritas en la Cláusula 2 de dichas Condiciones Generales.

3. LIMITACIONES

Se establece un periodo máximo de cobertura de 60 días por año póliza, continuos o no.

4. CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización prevista en estas Condiciones Generales Especificas es adicional e independiente, en consecuencia, la Aseguradora no hará por este concepto deducción alguna de cualquier suma a pagar por otras coberturas.

5. INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La vigencia de esta cobertura es la misma que la de la póliza principal. La cobertura prevista por este anexo terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a. A partir de la fecha en que el asegurado alcance los 65 años de edad.
- b. Por solicitud expresa del Asegurado de la cancelación de esta Cobertura Complementaria.
- c. Por cancelación de la póliza principal a la cual se anexa esta Cobertura Complementaria.



6. PAGO DE PRIMA

La prima para esta cobertura se incluye en la prima total de la póliza, la cual se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

7. SINIESTROS

Los siguientes requerimientos deberán ser presentados a la Aseguradora en los 30 días calendario posterior al diagnóstico de la enfermedad o accidente que causó la hospitalización del Asegurado, a fin de analizar la procedencia del reclamo:

1. Factura y documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del Asegurado hospitalizado, el período y el motivo de la hospitalización.
2. Historia clínica de 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 fallecimiento del Asegurado, los beneficiarios deberán presentar los documentos anteriormente señalados.

8. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Una vez recibida toda la información requerida para decidir sobre la procedencia del reclamo, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de acuerdo a lo estipulado en esta Cobertura Complementaria dentro de los treinta (30) días siguientes.

