



HIR Compañía de Seguros
Hermes 28, col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, C.P. 03940
Tels.: (55) 5262 1780 / 800 (SEGUHIR) 7348 447
www.hirseguros.mx

CLÁUSULA COBERTURA ADICIONAL
"INDEMNIZACIÓN DIARIA POR
HOSPITALIZACIÓN"

OCTUBRE 2020

COBERTURA ADICIONAL

Operará solamente si en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual se indica que está contratada.

I. DEFINICIONES

1. Eventos cubiertos

Los eventos que ampara esta cobertura son el accidente o la enfermedad.

2. Accidente

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que traiga como consecuencia la hospitalización del asegurado. No se considera accidente la lesión corporal, la intervención quirúrgica o el tratamiento médico provocados intencionalmente por el asegurado.

3. Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Para que una condición o estado sea considerada como una enfermedad, se requerirá del diagnóstico hecho por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y que le haya dictaminado al asegurado la hospitalización por veinticuatro (24) horas o más.

4. Enfermedades preexistentes

Son aquellos padecimientos respecto de los que previamente a la celebración del Contrato o durante el período de espera de la cobertura:

- Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- El asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

5. Asegurado

Es el asegurado principal amparado por esta cobertura.

El asegurado principal es el asegurado titular de la póliza y/o el certificado.

Los asegurados también podrán ser los miembros de la familia del asegurado titular, formada por: el cónyuge del titular y/o por sus hijos menores de 18 años.

Los miembros de la familia del asegurado titular gozarán del beneficio que otorga la cobertura, siempre que ésta se haya contratado para ellos.

Se entenderá por asegurado cada una de las personas arriba mencionadas siempre y cuando tengan contratada esta cobertura.

6. Hospital

Centro de salud o Institución sanitaria legalmente autorizados para la atención y la asistencia médica, debidamente registrados ante la Secretaría de salud y demás autoridades competentes de la salud.

7. Hospitalización

Ingreso del asegurado enfermo o herido, en un hospital para su atención especializada hasta el momento en que se dictamine su egreso o su alta hospitalaria.

Se entiende por atención especializada, el tratamiento médico o intervención quirúrgica del asegurado a causa de un accidente o enfermedad.

8. Días de hospitalización

Número de días en que el asegurado permanece interno en el hospital hasta el día en que es dado de alta. Los días de hospitalización se consideran de veinticuatro (24) horas a excepción del día en que el asegurado egresa del hospital por dictamen médico.

9. Período de carencia

Tiempo determinado en días que el asegurado debe esperar internado en el hospital para reclamar la indemnización diaria.

Para efectos de esta cobertura, no se consideran días de carencia.

10. Período de espera

Tiempo en días que deben transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para que el asegurado haga uso de la misma.

11. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista en el contrato que dé origen al pago de la indemnización diaria.

12. Monto de la indemnización diaria

Cantidad fija que se pagará por cada día en que el asegurado se encuentre hospitalizado.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

1. Beneficio amparado

Si durante la vigencia de la cobertura, el asegurado sufre un accidente o enfermedad y por dictamen médico, se interna en un hospital para recibir atención especializada, la Compañía pagará al asegurado el monto de la indemnización diaria hasta por el número de días que permanezca hospitalizado. El número de días máximo a indemnizar corresponderá a los días contratados de indemnización por hospitalización que se especifican en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.

En caso de que el asegurado no haga uso de todos los días de hospitalización contratados, podrá utilizar los días restantes, para cualquiera de los eventos cubiertos siempre que ocurran dentro de la vigencia de la cobertura y se hayan cumplido los períodos de espera establecidos en esta cláusula. En este caso, los períodos de espera aplicarán para nuevos padecimientos o enfermedades.

La indemnización se efectuará en una sola exhibición, y corresponderá a la suma de las indemnizaciones diarias relativas al número de días en que el asegurado estuvo hospitalizado.

Para hacer uso del beneficio amparado, debe transcurrir el período de espera enunciado en esta cláusula.

Efectuada la indemnización aplicará la cancelación automática de esta cobertura.

2. Período de espera

Para efectos de esta cobertura, se consideran dos períodos de espera:

2.1. Período de espera sesenta (60) días

Se aplicará el período de espera de sesenta (60) días para las siguientes enfermedades:

- Cáncer
- Infarto al miocardio
- Hipertensión arterial
- Enfermedades cerebrovasculares
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad de Parkinson
- Alzheimer
- Esclerosis múltiple
- Lumbalgia
- Tiroides
- Osteoporosis
- Artritis

- Esquizofrenia
- Insuficiencia renal
- Revascularización coronaria
- Trasplante de órganos
- Parálisis total y permanente

2.3 Período de espera quince (15) días

Se aplicará el período de espera de quince días (15) días para las siguientes enfermedades:

- COVID-19
- Apendicitis
- Conjuntivitis
- Bronquitis aguda

En cada renovación de la cobertura los períodos de espera serán reinstalados.

3. Pruebas

Para que la Compañía indemnice al asegurado es necesario que a éste se le haya dictaminado la hospitalización por veinticuatro horas o más, por un médico competente, especialista en la materia y autorizado legal y profesionalmente para tal efecto. El asegurado tendrá que presentar pruebas de su hospitalización hasta por el número de días contratados. La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas o documentos necesarios y que juzgue convenientes para la comprobación del siniestro.

Los documentos que el Asegurado debe presentar para la reclamación de esta cobertura son:

- Copia legible una identificación oficial vigente: INE, pasaporte o cédula profesional
- Informe del médico tratante
- Factura por los días de hospitalización a nombre del asegurado con requisitos fiscales vigentes. En caso de los menores de edad o personas con discapacidad, la factura deberá estar a nombre del tutor legal.

4. Cancelación automática

Durante la vigencia de la póliza y/o el certificado podrá presentarse la cancelación automática de esta cobertura, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Por el cumplimiento de vigencia de la cobertura básica a la que se adhiere esta cobertura.
- b) Por la falta de pago de prima de la cobertura básica o de la prima correspondiente a esta cobertura, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.
- c) En el aniversario inmediato posterior a la fecha de fin de vigencia de la póliza y/o el certificado individual en que el asegurado cumpla la edad de cancelación definida en esta cláusula.
- d) Cuando se materialice la indemnización de esta cobertura o la de la cobertura principal a la que se adhiere.
- e) Cuando la cobertura básica a la que se adhiere esta cobertura sea cancelada por cualquier causa.

5. Pago de Prima

Se establece la obligación del contratante para el pago de la prima de esta cobertura, apegándose a lo establecido en las condiciones generales de la póliza bajo el mismo concepto y demás cláusulas relacionadas y semejantes. La prima de esta cobertura se incluye en la prima total a pagar.

6. Temporalidad

El plazo de la cobertura comprenderá la fecha más cercana entre: la terminación de la vigencia de la cobertura básica a la que se adhiera y la fecha en que el Asegurado cumpla la edad alcanzada definida en el punto "Edades de aceptación y cancelación", lo que ocurra primero.

7. Edades de aceptación y cancelación

La edad mínima de aceptación para el Titular y el Cónyuge es 18 años y la edad máxima es 100 años.

Para los hijos del Titular, la edad mínima es 5 años y la máxima 17.

La edad de cancelación para el asegurado Titular y el Cónyuge es 101 años.

8. EXCLUSIONES

Esta cobertura no cubrirá la indemnización diaria cuando la hospitalización sea consecuencia de:

- a) Enfermedades preexistentes o enfermedades que se hayan manifestado o declarado antes de que la compañía haya aceptado el riesgo.
- b) Internamientos ambulatorios e internamientos cuya duración sea menor a veinticuatro horas (24) horas.
- c) Enfermedades o accidentes que no ameriten hospitalización.
- d) Ingresos o internamientos no autorizados por un médico competente y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- e) Ingresos o internamientos ordenados por algún allegado al asegurado por consanguinidad o afinidad de cualquier grado.
- f) Padecimientos congénitos: Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, incluso después de varios años.
- g) Cirugías, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reconstrucción o transformación física de cualquier órgano o parte física del cuerpo humano.
- h) Internamientos u hospitalizaciones con fines de investigación o experimentación cualquiera que sea el fin.
- i) Enfermedades causadas directamente por lesiones o padecimientos inferidas intencionalmente por el propio asegurado.
- j) Cualquier enfermedad relacionada con la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- k) Enfermedades inducidas por medicamentos tóxicos.

l) Enfermedades que surjan como consecuencia de la enfermedad o accidente que dieron origen a la hospitalización.

m) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.

n) Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica o actividad profesional o amateur de cualquier deporte, salvo que sea cubierto bajo convenio expreso.

o) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.

p) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, desordenes emocionales o nerviosos, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.

q) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.

r) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente.

s) Aborto, embarazo, parto eutócico, parto distócico o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.

t) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

u) Accidentes que sufra el Asegurado por encontrarse bajo los efectos del alcohol con un nivel superior a 0.8 gramos por litro de sangre, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.

v) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

w) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en el hospital.

x) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.

y) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

z) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.

aa) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO (APLICABLE PARA LA EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES)

“En caso de que la Compañía rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento o enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto la Compañía como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de la celebración del contrato.

En ese caso, la Compañía y el asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.”

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado y en caso de existir, será liquidado por la Compañía.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de octubre de 2020, con el número BADI-S0091-0110-2020“/CONDUSEF-