

Seguro Falabella - Hospitalización - Soles

Resumen Informativo del Seguro

A. Información General

1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la COMPAÑÍA.

Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro
Teléfono: (51-1) 417-5000
atencion.seguros@chubb.com www.chubb.com/pe

2. Denominación del producto.

Seguro Falabella - Hospitalización - Soles

3. Valor de la prima y lugar y forma de pago.

Con tarjeta de crédito o cargo en cuenta del CONTRATANTE / ASEGURADO.
Véase las Condiciones Particulares.

4. Vigencia.

5. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados dentro de los 60 días siguientes a la fecha de ocurrido el suceso sujeto de cobertura o de haber tomado conocimiento del beneficio.

Ver artículo 10° de las Condiciones Generales de la Póliza.

6. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.

La COMPAÑÍA / Comercializador
(Ver información de la COMPAÑÍA en el numeral 1 precedente)

7. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar consultas y reclamos.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS pueden hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de LA COMPAÑÍA, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 (**).

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro
- Detalle del reclamo

(*) Horario de Atención: XXXX

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes: 9:00 am a 6:00 pm.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días calendario para resolver el reclamo presentado.

En los casos de reclamos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO por falta de pago de la indemnización, el trámite correspondiente deberá efectuarse a través del comercializador o del corredor de seguros o LA COMPAÑÍA.

8. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias según corresponda.

- **Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe
Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: www.sbs.gob.pe
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe.

B. Información de la Póliza de Seguro**1. Riesgos cubiertos:****Cobertura Principal:**

Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad

Cláusulas Adicionales:

XXXX

Ver Art. 2° de las Condiciones Generales de la Póliza y las respectivas Cláusulas Adicionales.

2. Exclusiones.

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

- Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- 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.
- 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 del Certificado de Seguro.
- Curas de Reposo.
- Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como preexistentes las definidas en el artículo de Definiciones. No se consideran pre-existentes aquellas enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de seguro idéntica a la presente póliza en la COMPAÑÍA o en otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza. Las condiciones pre-existentes recibirán el tratamiento establecido en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
- Exámenes médicos de rutina.
- Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural, que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los requisitos de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado, según corresponda.

Ver artículo 4° de las Condiciones Generales

4. Derecho de arrepentimiento.

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, 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 Solicitud-Certificado, siempre que la Solicitud-Certificado no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza este derecho 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 a la fecha en que realizó su solicitud.

5. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita, quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

6. Derecho del ASEGURADO de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

7. Aviso de siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura.

En caso de siniestro, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, deberán cumplir con lo siguiente:

a. **Aviso de Siniestros:** Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO deberá comunicarse a LA COMPAÑÍA, al COMERCIALIZADOR y/o CORREDOR de SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes de conocida la ocurrencia del suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

b. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA, del COMERCIALIZADOR y/o CORREDOR DE SEGUROS, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).

- Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización; emitido por la Institución Hospitalaria.
- Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.
- Historia Clínica conteniendo los resultados de exámenes o procedimientos médicos que le hayan sido practicados al ASEGURADO durante su hospitalización.
- Documento de identidad del ASEGURADO.
- Documento de identidad de los BENEFICIARIOS, cuando corresponda.

El ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normativa vigente.

c. Cooperación: En caso de una solicitud de cobertura en virtud de la presente Póliza, 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 enfermedad o lesión que motivó la hospitalización. Igualmente, el ASEGURADO está obligado 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 solicitud de cobertura, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para aceptar o rechazar el siniestro. La documentación o información a ser solicitada dentro de dicho plazo corresponde a aclaraciones o precisiones respecto de la documentación e información presentada por el asegurado en la solicitud de cobertura.

Igualmente el ASEGURADO autoriza para que todos los médicos que lo estén atendiendo o hubiesen atendido le proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con su estado de salud. 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 una solicitud de cobertura o no.

8. Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

9. Agravación del Riesgo

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.