

Lugar y forma de pago de la prima: XXX

Descripción del Interés Asegurado

Otorgar una renta al ASEGURADO en caso de hospitalización

Riesgos Cubiertos:

Renta Hospitalaria

Por cada 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria.
Hasta un máximo de 365 días por año.

Suma Asegurada

US\$ XXXX

Deducibles: XXXX

Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza las lesiones 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 póliza.**
- 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 relacione directamente con ellas.**
- g) **Condiciones médicas preexistentes, entendiéndose como tales las definidas en el artículo de Definiciones.**
- h) **Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
- i) **Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.**

Alcances sobre el Pago de la Prima (Cargo en Tarjeta de Crédito)

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta designada en la fecha de cargo más próxima a la contratación, dentro del plazo máximo de 30 días de iniciada la vigencia.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intentos de cargo en las siguientes 5 fechas predeterminadas por el contratante.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes 6 fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.

- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las cuotas correspondientes al Seguro, el contrato de seguro se extinguirá a los 90 días de la fecha de la primera cuota impaga.

Consideraciones

Derecho de arrepentimiento:

El ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse del seguro dentro del plazo de 15 días de recibido este certificado. Ver especificaciones en el Resumen Informativo de la Póliza que se entrega junto con este certificado.

Derecho de resolución sin expresión de causa:

El ASEGURADO tiene derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días a la COMPAÑÍA, ver especificaciones en el Resumen Informativo de la Póliza.

Aceptación de cambio de condiciones contractuales, (durante la vigencia del contrato)

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el Resumen Informativo.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de siniestro

Aviso de Siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, deberá enviarse la notificación a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro o desde que se tomó conocimiento del beneficio, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- **Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización.**
- **Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.**
- **Documento de identidad del ASEGURADO.**

En todo caso, la COMPAÑÍA podrá requerir aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, en cuyo caso las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Información Adicional

Medio y Plazo establecido para el aviso del siniestro:

El ASEGURADO deberá dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los 30 días de haber tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de haber tomado conocimiento del beneficio, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑÍA (ver información en la primera hoja de este certificado)/ el Comercializador (dirección).

Medios habilitados para presentar reclamos:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO 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:

- a. 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 Fax (51-1) 422-7174.
 - b. 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 www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
 - c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000, Anexos 5029 y 5035
- 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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Instancias habilitadas para reclamos y/o denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614, 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 Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005, Dirección: Jr. Junín N° 270, Centro Histórico - 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

Importante

- La vigencia de la cobertura que otorga este Certificado de Seguro es anual, con renovación automática por periodos iguales.
- La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Accidentes Personales y en las Condiciones Generales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a la COMPAÑÍA o al CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador las comunicaciones que le curse el ASEGURADO, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Chubb Seguros Perú. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.

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.

Agravación del Riesgo

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

Comisión del Comercializador: XXXXX

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑIA