

CHUBB® Seguro de Hospitalización

Resumen Informativo

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 de Hospitalización

3. Valor de la prima y Lugar/ 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 9° de las Condiciones Generales de la Póliza.

6. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.

La COMPAÑÍA / Comercializador

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

7. Medios habilitados por la empresa 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: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) 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, computados a partir de la fecha de presentado el reclamo, para resolverlo.

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. Riesgo Cubierto

Renta Hospitalaria por accidente o enfermedad:

Por Cláusula Adicional:

- XXXX

Ver Art. 2° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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 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 de la póliza.
- Curas de Reposo, entendido como lapsos de descanso recetados al ASEGURADO.
- 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.
- Preexistencias, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las definiciones.
- 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 descritos en las 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.

4. Derecho de arrepentimiento.

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que el producto no sea condición para contratar operaciones crediticias, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, 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 Póliza o una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro o Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida, siempre y cuando no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro/solicitud-certificado respectivamente, 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 empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó la solicitud.

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

El ASEGURADO y la COMPAÑÍA pueden resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita. El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

6. Derecho del CONTRATANTE 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

Aviso de Siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, deberá darse aviso de este por cualquiera de los medios de comunicación pactados con la COMPAÑÍA o del Comercializador, dentro de un lapso máximo de treinta (30) días siguientes a la fecha de conocido el suceso o beneficio, o después de dicho plazo, 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.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a. Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización; emitido por la Institución Hospitalaria.
- b. Recetas médicas emitidas por la Institución Hospitalaria;
- c. Resultados de exámenes y procedimientos médicos, de haberse solicitado, emitidos por la Institución Hospitalaria;
- d. Comprobantes de pago legalmente emitidos por las Instituciones Hospitalarias; y
- e. Documento de identidad del ASEGURADO .
- f. Historia Clínica del ASEGURADO emitida por el hospital correspondiente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura, caso contrario se producirá el consentimiento del siniestro; salvo que la COMPAÑÍA solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada, dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

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 obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiendo o hubiesen atendido tanto a él como a cualquiera de las personas Aseguradas, proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con el ASEGURADO. 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 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.