

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

Resumen Informativo

A. Información General

1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la COMPAÑÍA - Canales de Orientación sobre procedimiento de solicitud de cobertura):

Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro, Lima

Teléfono: (51-1) 417-5000 (para Lima y Provincias)

atencion.seguros@chubb.com, web: <http://www.chubb.com/pe>

2. Denominación del producto.

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica para Instituciones Médicas

3. Vigencia del Seguro, Monto Lugar y forma de pago de la prima.

Véase Condiciones Particulares.

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

El Asegurado, deberá avisar a la COMPAÑÍA acerca de la presentación de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial que haya recibido o sepa que puede llegar a recibir, así como de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una Pérdida a cargo del Asegurado, dentro de los tres (3) días naturales siguientes a la fecha que los haya conocido o debido conocer o tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyo efecto le será de aplicación lo previsto en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales.

5. Lugar autorizado para solicitar la cobertura del seguro.

La COMPAÑÍA (ver todos los datos en el numeral 1 precedente)

El COMERCIALIZADOR cuando corresponda

6. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente consultas o reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

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(*).

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 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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (solo para clientes).
- 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.

7. Instancias habilitadas para que el ASEGURADO presente 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 pueden 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: 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: (51) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

8. Cargas.

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

B. Información de la Póliza de Seguro

1. Riesgos cubiertos.

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICA

El ASEGURADOR indemnizará en exceso del deducible y hasta el **límite de responsabilidad**, los **daños y/o gastos legales** a cargo del ASEGURADO, provenientes de una **reclamación** presentada por primera vez en contra del **asegurado** durante el **periodo contractual** derivada de la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO de acuerdo con la ley(y/o durante el **periodo adicional para recibir reclamaciones**, en caso en que este último sea contratado), por causa de un **acto médico erróneo** en la prestación de sus **servicios profesionales**.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO por las **reclamaciones** derivadas de un **acto médico erróneo** del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

2. Principales Exclusiones.

2.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

- I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O OCURRIDA CON NEGLIGENCIA GRAVE.**
- II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER ASEGURADO HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.**

2.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL ASEGURADO.

2.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES: RECLAMOS FORMULADOS Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIER LITIGIO, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

2.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES: HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HAYA PODIDO CONOCER EL ASEGURADO, EN O CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE ESTA PÓLIZA.

2.5. SEGUROS ANTERIORES: HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER RECLAMACIÓN REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

2.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO: RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO ASEGURADO AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

2.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO: LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

Las demás exclusiones se encuentran en el Artículo 3° de las Condiciones Generales.

3. **Derecho de arrepentimiento.**

Si la póliza de seguro 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 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 de una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales que no sean condición para contratar operaciones crediticias y siempre que no se hayan usado las coberturas, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE, que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total, o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada, en un plazo máximo de treinta (30) días a partir del ejercicio de su derecho de arrepentimiento.

Véase el artículo 23° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales.

4. **Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.**

LA Compañía y El CONTRATANTE puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

Para tal efecto, deberá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración.

El artículo 8° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales establece este derecho.

5. **Derecho de los usuarios de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA, 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 artículo 21° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.

Si durante el **Período Contractual** o durante el **Período Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que este último sea contratado, ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura o **Reclamación** bajo esta **Póliza**, el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** deberá cumplir con lo siguiente:

- a) El **Contratante y/o Asegurado** deberá notificar por escrito al **Asegurador** sobre de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, , tan pronto

como tenga conocimiento de la misma y dentro de un plazo máximo de dentro de tres (3) días calendario siguientes a la fecha que la haya conocido o debido conocer, 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 cuyo efecto le será de aplicación lo previsto en la Ley del Contrato del Seguro, sus normas reglamentarias, así como en lo dispuesto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales, en lo que corresponda.

- b) Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurado** deberá suministrar al **Asegurador** la información, documentos, comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley. Para ello, deberá remitir presentar los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):
- i. Carta de presentación formal con una descripción específica de la supuesta **Reclamación o del acto Médico erróneo alegado**, probando la ocurrencia del siniestro;
 - ii. Detalles de todas las partes involucradas, incluyendo fechas, nombres e información de contacto, así como la identidad posible o anticipada de las partes involucradas;
 - iii. Detalles completos de los Daños alegados, incluyendo la cuantía de la indemnización que sería de cargo de la **Compañía**.
 - iv. Detalles completos de la Historia Clínica del Paciente y el consentimiento informado, en caso sea aplicable
 - v. Cualquier otra información que la Compañía requiera y esté relacionada con la reclamación, incluyendo las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**
 - vi. Las solicitudes hechas por el **Asegurado**, presentadas a la **Compañía** para indemnizar por cualquier **Pérdida** deberán ir acompañadas de un cálculo de la **pérdida**. Debe explicarse en detalle el cálculo de la **pérdida** y qué supuestos se han asumido.

Si debido al incumplimiento de estas obligaciones se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios que el **Asegurado** hubiere sufrido o asumido con motivo de la defensa de la **Reclamación**, en proporción a la culpa de los mismos y al perjuicio sufrido.

Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con dolo o culpa grave, con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar al **Asegurador** o si se obrase dolosamente con los reclamantes o con los afectados, el **Asegurador** quedará liberado de toda responsabilidad bajo la **Póliza**.

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 por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Cuando la **COMPAÑÍA** lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el **ASEGURADO** o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido, lo cual deberá solicitarse dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la **COMPAÑÍA**, para aprobar o rechazar el siniestro.

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, **LA COMPAÑÍA** procederá a pagar los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, en el plazo de treinta (30) días calendarios, computados a partir de la fecha en que se consintió el siniestro