

Multiseguro Emprendedor – Hospitalización- Soles, Dolares

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.

Multiseguro Emprendedor – Hospitalización – Soles, Dólares

3. Lugar y forma de pago de la prima.

La cuota de pago de la prima será cargada en forma mensual en la cuota del crédito que tiene aprobado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con el Banco _____. También se podrá pagar en efectivo o con cargo en tarjeta de crédito o cuenta, si es que así se ha pactado en las Condiciones Particulares.

Véase las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha de inicio del evento que origine una indemnización cubierta por el seguro, o de conocido el suceso o el beneficio (dependiendo de la cobertura), o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Ver artículo 7° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

La COMPAÑÍA: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro.
El Comercializador (dirección).

6. Medios habilitados por la empresa para presentar consultas y/o reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede 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 (*).
- 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
- 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 presentar reclamos y/o 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

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 ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.**

B. Información de la Póliza de Seguro

1. Riesgos cubiertos:

- a) Renta por Hospitalización
- b) Renta por Cuidados Intensivos
- c) Muerte Accidental

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

2. Exclusiones

Para las coberturas de Renta por Hospitalización y Renta por Cuidados Intensivos: 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:

- 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 y/o Certificado de Seguro.**
- 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 pre-existentes, en los términos definidos en el artículo de Definiciones de las Condiciones Generales.**
- h) **Exámenes médicos de rutina.**
- i) **Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
- j) **Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**
- k) **Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
- l) **Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.**

Para la cobertura de Muerte Accidental:

Este seguro no cubre el riesgo de Muerte Accidental si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por:

- a) **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, o las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.**
- b) **Duelo concertado, suicidio o intento de suicidio, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.**
- c) **Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos.**
- d) **Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.**
- e) **Participación del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**
- f) **Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).**
- g) **Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- h) **Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.**
- i) **La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.**
- j) **El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.**
- k) **Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.**
- l) **Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Esta póliza se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente de tránsito. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. El límite de alcohol señalado es aplicable a cualquier accidente, no está referido únicamente al accidente de tránsito.**

- m) **Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.**
- n) **Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- o) **Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.**
- p) **Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.**
- q) **Enfermedades de cualquier especie, sean ellas corporales o psíquicas, aunque sean una consecuencia de intoxicaciones, de picaduras o mordeduras de insectos, de impresiones ni de las dolencias provenientes del ejercicio de una profesión u oficio determinado, que se conoce con el nombre de enfermedades profesionales**

Ver artículo 5° de las Condiciones Generales de la Póliza.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Podrán asegurarse bajo este seguro las personas comprendidas entre los xx y xx años de edad, pudiendo permanecer asegurados hasta los xx años con 364 días (inclusive), salvo que la póliza se haya venido renovando automáticamente durante un periodo de cinco (5) años, en forma sucesiva e ininterrumpida, en cuyo caso no habrá límite de edad para permanencia.
Ver artículo 3° de las Condiciones Generales de la Póliza.

4. Existencia del 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 ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver el Certificado de Seguro, 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 del Certificado de Seguro, siempre que el Certificado de Seguro no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin de deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17° a las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

5. Referencia al derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.

El ASEGURADO 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. 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.

El CONTRATANTE y ASEGURADO tienen derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

7. Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro en caso de siniestro.

Aviso del siniestro: Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro o de conocido el beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de caso fortuito, fuerza mayor 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). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para las coberturas de Renta por Hospitalización y Renta por Cuidados Intensivos:
En caso de hospitalización del ASEGURADO, este deberá cumplir con lo siguiente:

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

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tengan en su poder;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales, según corresponda;
- f) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etilico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑIA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑIA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

Ver art. 7° de las Condiciones Generales de la Póliza.