

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 Fax (51-1) 422-7174
atencion.seguros@chubb.com www.chubb.com/pe

2. Denominación del producto.

Póliza de Seguro Falabella Hospitalización

3. Lugar y forma de pago de la prima.

Con cargo en tarjeta de crédito emitida por el CONTRATANTE.

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

Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares dentro de los 30 días siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro o de haber tomado conocimiento del beneficio.

También podrá darse aviso al comercializador, en cuyo caso se entenderá efectuado a la COMPAÑÍA.

Ver artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza.

5. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.

La COMPAÑÍA / EI CONTRATANTE

6. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente 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 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 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.

7. 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 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:

Plataforma de Atención al Usuario, 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**

Renta hospitalaria.

COBERTURAS ADICIONALES (según se contraten y conste en cláusula adicional)

Muerte accidental.

Muerte accidental por terremoto.

Renta por convalecencia por accidente o enfermedad.

Renta hospitalaria por accidente y enfermedad en cuidados intensivos.

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

2. Principales Exclusiones.

Entre otras 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:

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 del Certificado de Seguro.

d) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.

e) Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como pre-existentes 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's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.

f) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

Se encuentran señaladas en el artículo 5° de las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro que se entrega junto con este Resumen.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Podrá asegurarse bajo este seguro el Titular de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella que sea mayor de 18 años y menor de 65 años de edad, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días, el cónyuge de ser el caso hasta los 69 años y 364 días, salvo que, a dicha edad, el Asegurado haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva. Los hijos(as) podrán permanecer hasta la edad de 19 años y 364 días o 22 años y 364 días, dependiendo de su condición de estudiante.

4. Derecho de arrepentimiento.

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna.

El plazo para ejercer este derecho no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el asegurado recibe el certificado de seguros correspondiente.

El ASEGURADO cuenta con los medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar reclamos, señalado precedentemente, para ejercer su derecho de arrepentimiento ante ella, precisándose que puede ser ejercido a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los empleados para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o por parte de la misma, la Compañía procederá a la correspondiente devolución.

5. 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, con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Asimismo el artículo 9° de las Condiciones 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 ASEGURADO, 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 ASEGURADO podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada. En el caso que el ASEGURADO no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento.

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

Se encuentra señalado en el Certificado de Seguro que se entrega al ASEGURADO junto con este Resumen.

DEFINICIONES

- **Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Asegurado, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.
- **Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud del Asegurado que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia del Certificado de Seguro.
- **Institución Hospitalaria:** Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio

de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.

- **Lesión Accidental:** Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de esta Póliza.
- **Preexistencia:** Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro. No se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.