

MAPFRE PERU COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.

RUC: 20202380621

DIRECCIÓN: AV. 28 DE JULIO 873 MIRAFLORES

TELEFONO 213-7373

Página Web: <http://www.mapfre.com.pe>

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL PREVISOR PLAN A

RESUMEN

El siguiente texto es un resumen informativo de las Condiciones Generales del riesgo contratado. Las condiciones aplicables a cada póliza serán las detalladas en las Condiciones Particulares correspondientes.

1- LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

- Ingresando a la página web de los siguientes Bancos: Banco de Crédito, Banco Continental, Scotiabank, Interbank, Banco Falabella y Banco Interamericano de Finanzas.
- Acercándose a cualquiera de los siguientes Bancos: Banco de Crédito, Banco Continental, Scotiabank, Interbank, Banco de la Nación, Banco Falabella y Banco Interamericano de Finanzas, indicando el número de DNI, RUC o Carnet de Extranjería del contratante de la póliza
- Afiliándose al cargo en cuenta y/o tarjeta de crédito Mastercard, Visa, Diners, y American Express.
- En cualquiera de nuestras oficinas ubicadas en Lima en la Av. 28 de Julio 873 Miraflores, Telef. 213-7373 y Provincias al Telef. 0801-1-1133 detalladas en nuestra página web <http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

2- MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO:

El ASEGURADO cuenta con diferentes formas de atención para solicitar la cobertura, ya sea vía crédito en la red de proveedores de LA COMPAÑÍA o mediante atención por reembolso. En el artículo 10° de las Condiciones Generales se detallan los tipos de atención.

3- LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO:

En caso de atenciones vía reembolso:

A través de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima en Av. 28 de Julio 873 - Telef. 2137373 y Provincias al Telef. 0801-1-1133, detalladas en nuestra página web: <http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

En caso de atenciones en el Perú vía crédito:

A través de la red de clínicas afiliadas:

<http://www.mapfre.com.pe/clinicas-afiliadas>

En caso de atenciones en el extranjero vía crédito:

EL ASEGURADO, BENEFICIARIO y/o TERCERO deberá comunicarse a los siguientes números telefónicos: 1(305)8072497 o 1(786)8886792, correspondientes a SUN MED INT, Operador Internacional, indicando su nombre y apellidos completos o de ser el caso el número de póliza.

Este servicio se brinda las 24 horas del día los 365 días al año.

4- MEDIOS HABILITADOS POR LA EMPRESA PARA PRESENTAR RECLAMOS:

Los usuarios y/o consumidores, entendiéndose éstos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑÍA; podrán presentar consultas, reclamos y/o quejas a través de las plataformas establecidas por LA COMPAÑÍA y/o cualquier otro medio que establezca la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

Consultas

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, de la consulta.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de "Atención de Consultas"

Reclamos y/o Queja

- Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.

- “Libro de Reclamaciones Virtual”, que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑIA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y/o Quejas).

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la comunicación a LA COMPAÑIA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta, se le tendrá por atendido y archivado

5- INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Jr. Junín N° 270, Lima 01.

Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930

www.sbs.gob.pe

INDECOPÍ

Calle de la Prosa 104, San Borja

Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)

www.indecopi.gob.pe

Defensoría del Asegurado

Calle Arias Aragüez 146, San Antonio

Miraflores, Lima Perú

Telefax: 446 91 58

www.defaseg.com.pe

6- EL PRESENTE PRODUCTO PRESENTA OBLIGACIONES A CARGO DEL USUARIO CUYO INCUMPLIMIENTO PODRIA AFECTAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O PRESTACIONES A LAS QUE SE TENDRÍA DERECHO.

7- DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO EL ASEGURADO O EL CONTRATANTE SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A INFORMAR A LA EMPRESA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN EL RIESGO ASEGURADO

8- PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS

- Gastos cubiertos por Hospitalización

- Gastos Ambulatorios cubiertos
- Emergencia Accidental
- Maternidad

Adicionalmente las que se indican en el artículo 4º de las Condiciones Generales.

9- PRINCIPALES EXCLUSIONES

Las indicadas en el artículo 7º de las Condiciones Generales.

- a. Enfermedades y/o defectos congénitos y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados por causas relacionadas de acuerdo al CIE-10, el cual se podrá ubicar en la página web www.mapfre.com.pe, así como en la página web de la Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/es/> salvo las enfermedades congénitas de aquellos dependientes cuyo nacimiento haya sido amparado por la póliza hasta el límite señalado en la Tabla de Beneficios. Tampoco se encuentran cubiertas las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- b. Enfermedades pre-existentes, tal como se definen en el numeral 1 de las CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA.
- c. Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress) trastorno obsesivo compulsivo, distonías neurovegetativas, desórdenes de la mente (psicosis, neurosis y fobias) tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral.
- d. Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, así como el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la tabla de Beneficios.
- e. Cirugía estética para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastia, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.
- f. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por LA COMPAÑÍA.

Y las demás indicadas en el artículo 7° de las Condiciones Generales.

10-CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITES DE PERMANENCIA EN LOS SEGUROS PERSONALES.

Las indicadas en el artículo 2° de las Condiciones Generales.

11-DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación a través de dichos mecanismos, el Contratante tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro ,en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida

12-DERECHO DE RESOLUCION DEL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Contemplado en el Artículo 9° acápite “a” de las CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA.

13-DERECHO DE ACEPTAR O NO LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES PROPUESTAS POR LAS EMPRESAS, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

El referido derecho se encuentra señalada en el Art. 28° de las CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA.

14-PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO.

El indicado en el Art. 10° de las Condiciones Generales.

NOTA IMPORTANTE:

Las Condiciones Especiales del contrato prevalecen sobre las Condiciones Generales y Particulares.