

Seguro de Indemnización por Enfermedades Graves

Certificado de Seguro N° XXX

Póliza N°: XXXXXXXXXXXX

CÓDIGO SBS: AE2036400032 Adecuado a la Ley 29946 y sus norma reglamentarias

Compañía de Seguros

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima
RUC: 20390625007
Teléfono: 417-5000;
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Página web: <http://www.chubb.com/pe>

Contratante

Persona Natural

Nombre: DNI:
Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Distrito: Provincia:
Departamento: Teléfono:

Correo Electrónico:

Personas Jurídicas

Denominación Social / Razón Social: RUC:

Dirección:
Distrito: Provincia:
Departamento: Teléfono:

Asegurado Titular

Apellidos y Nombres	DNI	Edad
Dirección		
Correo Electrónico		
Relación con el Contratante:		

Asegurados Adicionales

Nombre

Edad Relación con el Asegurado Titular

Corredor de Seguros

Denominación Social o Nombres:
Dirección:
Teléfono:
Comisión:

Datos del Seguro

Vigencia del seguro: xx	Renovación: Automática xx
Fecha de inicio y término: Desde (dd/mm/aaaa) hasta (dd/mm/aaaa) o hasta que se produzca alguno de los supuestos establecidos en el artículo 8° del Condicionado General.	

Periodo de Carencia: xx días desde que el ASEGURADO ingresa al seguro.

Periodo de Sobrevivencia: x (x) días desde que el ASEGURADO haya sido diagnosticado con una de las enfermedades graves, o de haber sido sometido a alguna de las cirugías descritas en las COBERTURAS.

Descripción del Interés Asegurado: Pagar una indemnización al ASEGURADO por el diagnóstico de determinadas enfermedades o cirugías a consecuencia de las mismas.

Prima

Prima Comercial: XXXXX

Prima Comercial +IGV: XXX

Lugar y forma de pago de la prima: cuota mensual, con cargo en tarjeta de crédito autorizada.

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

XX

Descripción del Interés Asegurado:

XXXX

Cobertura del Seguro y Sumas Aseguradas

BENEFICIO	PLAN
Indemnización por las siguientes enfermedades graves o la práctica de una intervención quirúrgica a consecuencia de las mismas	US\$ / S/ XXXX
<ul style="list-style-type: none"> •Infarto agudo al miocardio •Accidente cerebro vascular •Cáncer •Insuficiencia renal crónica •Parálisis •Cirugía de bypass •Trasplante de órganos •Esclerosis múltiple 	US\$ / S/ XXXX

Exclusiones

Se excluye de cobertura las enfermedades o intervenciones que resulten o sean consecuencia de:

- a) **Enfermedades pre-existentes, o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia de la Póliza.**
- b) **Una enfermedad grave que sea diagnosticada, o cirugía que se estime necesaria o sea llevada a cabo durante el Periodo de Carencia.**
- c) **Enfermedades relacionadas con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

d) Padecimientos Congénitos.

e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.

Relación de cláusulas adicionales incluidas en la póliza:

XXXXXX

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.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR 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.

Aceptación de cambios de condiciones contractuales, durante la vigencia del Certificado

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.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de siniestro:

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberá(n) cumplir con lo siguiente:

- 1. Aviso: Dar aviso a la COMPAÑÍA, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en el Certificado de Seguro, dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios siguiente a la fecha del suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término 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.**
- 2. Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:**

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO y BENEFICIARIO.
- b) Los Informes Médicos y Pruebas Clínicas, radiológicas, histológicas y/o de laboratorio que sustenten la solicitud de pago.

La COMPAÑÍA podrá requerir aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo del siniestro.

En el caso de Trasplante, será requisito indispensable para el pago del beneficio que el ASEGURADO de manera previa a la COMPAÑÍA comunique el hecho de que ha sido definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente.

La evidencia del daño neurológico permanente e irrecuperable ocasionado por un Accidente Cerebro Vascular deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 30 días calendario después del suceso.

Medios Habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

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.

Instalaciones habilitadas para reclamos y/o denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:
Teléfono 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Importante

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de dicha solicitud.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador, las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima, según la prioridad pactada en el presente documento.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que 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.

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑÍA: _____ --

Firma del ASEGURADO TITULAR: _____